N° 35

3

SUR LE TRAITEMENT CURATIF

DU

CANCER DU GROS INTESTIN

(RECTUM EXCEPTÉ)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Avril 1901

PAR

S. M. CHRISTOFF

Né à Samokov (Bulgarie), le 22 mars 1873.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) .... Doyen
FORGUE .... Assesseur

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT.
— Charg. du Cours, M. PUECH.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	L. IMBERT, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.
RAUZIER.
LAPEYRE.
MOITESSIER.
DE ROUVILLE.

MM. PUECH.
VALLOIS.
MOURET.
GALAVIELLE

MM. RAYMOND.
VIRES.
L. IMBERT.
H. BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ESTOR, *président.*
GILIS, professeur.

MM. DE ROUVILLE, agrégé.
L. IMBERT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA SŒUR

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MA SŒUR ET A MON FRERE

A TOUS MES PARENTS

S.-M. CHRISTOFF

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ IMBERT

A TOUS MES AMIS

S.-M. CHRISTOFF.

INTRODUCTION

Notre travail vise une question discutée depuis longtemps et à laquelle, de longtemps encore, nous ne pourrons donner une solution satisfaisante. La thérapeutique du cancer de l'intestin participe à la fois du fâcheux pronostic éloigné du cancer en général et des dangers opératoires de toute intervention portant sur l'intestin et se compliquant trop souvent d'infection péritonéale. Nous pensons cependant que le cancer du gros intestin doit être opéré dans certains cas avec de bonnes chances de succès. D'une part, en effet, il est assez souvent limité, bien circonscrit, et son extirpation complète est, opératoirement, plus facile que celle de bien d'autres tumeurs malignes.

D'autre part, les progrès de la technique ont considérablement augmenté, dans ces dernières années, aussi le résultat des opérations portant sur l'intestin s'est sensiblement amélioré. Sur les 3 observations personnelles que nous rapportons, deux se sont terminées par la guérison ; une seule malade est morte, chez laquelle la complexité de l'opération et sa longue durée permettent d'expliquer la terminaison fatale ; il s'agissait, en effet, d'une malade qui fut opérée, dans la même séance, d'un kyste inclus volumineux du ligament large droit et d'un cancer très adhérent du côlon iliaque.

Dans ce modeste travail, nous n'avons point eu la prétention de faire de l'inédit. Sur l'instigation de M. le profes-

seur-agrégé Imbert, nous nous sommes borné à classer les différents procédés, à exposer leurs avantages et inconvénients et à indiquer ceux qui nous paraissent préférables.

Nous avons divisé notre étude en cinq chapitres :

I. — Un court aperçu sur l'Historique.

II. — Exposé des différents procédés employés dans le traitement curatif du cancer du gros intestin.

III. — Quelques mots sur les indications opératoires et le choix des procédés.

IV. Manuel opératoire.

V. — Observations et conclusions.

Nous terminons par l'index bibliographique.

Nous profitons de ce moment si solennel pour nous, pour adresser publiquement nos remercîments à M. le professeur-agrégé Imbert, qui nous a inspiré le sujet de notre travail; nous n'oublierons jamais son accueil aimable et prévenant. Nous remercions M. le professeur Estor, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Et, avant de quitter la Faculté de Montpellier, nous prions tous nos maîtres de recevoir l'expression de notre gratitude, pour l'instruction qu'ils nous ont donnée.

SUR LE TRAITEMENT CURATIF

DU

CANCER DU GROS INTESTIN

(RECTUM EXCEPTÉ)

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'historique du traitement chirurgical du cancer du gros intestin remonte déjà assez loin. Il se confond avec celui de la hernie étranglée et de l'occlusion intestinale, mais, lorsqu'on essaie de fixer avec précision l'époque des premières tentatives, on se trouve privé de notions exactes.

Peyrot, dans sa thèse d'agrégation, attribue les premières tentatives à Paraxagoras, de Cos, et Léonidès, d'Alexandrie.

Vers 1320, les quatre maîtres préconisaient la résection suivie de suture.

Ce n'est qu'au XVII[e] siècle, époque à laquelle on commence à pratiquer des autopsies, qu'on peut avoir une idée

plus ou moins nette des tumeurs de l'intestin. Jusqu'à ce temps, les rares tentatives étaient faites plutôt contre l'occlusion dont la pathogénie restait inconnue. Les audacieux chirurgiens du XVIIe siècle, qui voulaient agir dans des cas d'occlusion, se contentaient du traitement palliatif et instituaient l'anus artificiel.

Au début du XVIIIe siècle, on trouve déjà des cas de résection de l'intestin ; ainsi Ramdhor, en 1727, pratiqua le premier la résection pour une hernie gangrenée et réunit les deux bouts par invagination. L'année suivante, Remond répéta avec succès le même procédé.

En 1748, Duverger pratique la résection pour une hernie et réunit les deux bouts sur un morceau de trachée.

Pillore, de Rouen (1776), ayant diagnostiqué un cancer du rectum, ouvrit un anus contre nature dans la fosse iliaque droite, sur le cæcum.

Fine, de Genève, en 1797, pour une tumeur de l'intestin, chez une femme, pratique un anus artificiel. La malade succombe, quatre mois après l'opération, de la cachexie cancéreuse.

En 1826, Lembert expose son procédé de suture. C'était un progrès énorme dans la chirurgie de l'intestin, et trois ans plus tard (1829), la première opération nette pour un cancer de l'intestin paraît être pratiquée par Richerand.

Quelques années après (1833), Reybard, de Lyon, pratique avec succès l'entérectomie pour un cancer de l'S iliaque. Il fait l'anastomose termino-terminale. Un an plus tard, le malade meurt de généralisation.

Quoique l'Académie de médecine se fût prononcée contre l'entérectomie de Reybard, le succès de ce dernier ne passa pas inaperçu des chirurgiens, et depuis cette époque, les tentatives de l'entérectomie semblent devenir fréquentes. Mais les difficultés rencontrées étaient considérables : il fal-

lait opérer dans un milieu septique, privé des secours de l'anesthésie et des instruments nécessaires à la chirurgie abdominale et surtout intestinale. On peut imaginer quels pouvaient être les résultats d'opérations effectuées dans de pareilles conditions.

A cette époque, Nélaton perfectionne le procédé de l'entérectomie.

Dès le commencement de la période antiseptique, la chirurgie abdominale progresse sensiblement. Les chirurgiens multiplient l'entérectomie, soit pour occlusion intestinale, soit pour étranglement herniaire, soit pour tuberculose intestinale ou néoplasie quelconque, mais leur succès est souvent négatif. Ainsi Guissenbauer, en 1877, pratique une entérectomie suivie de mort.

Un an plus tard, Schede pratique la même opération avec insuccès.

L'année suivante, Baum, pour une tumeur du côlon ascendant, enlève la partie malade par un procédé à deux temps, mais sans plus de bonheur.

Guion, Gzerny (1880), Billroth, Ficher, Kraussol (1881), pratiquent l'entérectomie pour cancer de l'intestin, et, pour la première fois, l'intervention de Guissenbauer est couronnée de succès en 1880.

A partir de cette époque, les publications d'opérations heureuses se multiplient, et nous pouvons citer ici les noms de Bier, Treudelenburg, Koerte, Thompson, Senn, Murphy, Dolbeau, Péan, Anger, Le Dentu et d'autres chirurgiens, qui, tantôt pratiquent la résection avec entérorrhaphie, tantôt se contentent d'un traitement palliatif.

Dupau, ayant remarqué que dans le traitement curatif la mortalité est encore énorme, soutient, dans sa thèse d'agrégation, le traitement palliatif pour le cancer du gros intestin et s'exprime ainsi : « Nous ne devons avoir recours

aux procédés opératoires que pour pallier aux accidents du cancer ».

Quatre ans plus tard, Godet, dans sa thèse, soutient la même opinion que Dupau.

Camus, en 1887, dans sa thèse inaugurale, soutient, pour la première fois, en France, la colectomie avec entérorrhaphie.

Rapidement augmente le nombre des publications sur la cure radicale du cancer du gros intestin. Nous nous contenterons de citer ici les noms de Doyen, Cross, Reverdin, Kocher, Richelot, qui s'occupent de cette question.

O. Block, de Copenhague en 1892, propose un procédé à deux temps pour la cure radicale, exposé longuement dans la thèse de Chavennaz.

Baillet et Artus en 1894, dans leurs thèses, s'occupent de la cure du cancer du cæcum.

Lardennois, dans sa thèse (1899) sur le traitement chirurgical du cancer du gros intestin, soutient la cure radicale et s'exprime ainsi : « Dans ces dernières années, d'ailleurs, grâce au perfectionnement de la technique chirurgicale et de la méthode aseptique, la mortalité opératoire de l'entérectomie pour cancer s'est abaissée notablement ».

De tous les côtés on enregistre des cas nouveaux suivis de succès. On remarque que la maladie, traitée à son début, alors qu'elle est encore localisée, guérit et permet une assez longue survie. M. R. de Bovis[1], auquel nous empruntons quelques observations, rapporte des cas avec une survie de 5 et 7 ans sans récidive. M. Koerte, de Berlin[2], en rapporte 5 cas opérés de cancer du gros intestin depuis un laps de temps variant entre 3 ans et 8 ans 1/2, sans qu'il se soit

1 Revue de Chirurgie, 1900.

2 Gazette Hebdomadaire, 1900, p. 420.

produit de récidive. On démontre que la mortalité diminue si on intervient à temps, et, si les insuccès antérieurs étaient nombreux, ils devaient être en partie attribués, non à l'opération elle même, mais à l'époque où elle était pratiquée, et aussi à l'état local et général du malade.

CHAPITRE II

Aperçu sur les différents procédés employés dans le traitement curatif du cancer du gros intestin.

Les procédés employés dans le traitement curatif du cancer du gros intestin, procédés qui ont pour but l ablation de la partie malade de l'intestin, peuvent être divisés en deux groupes :

1° Les procédés rapides, où une seule intervention suffit pour terminer l'opération ;

2° Procédés lents par lesquels on arrive aux mêmes résultats en plusieurs interventions successives.

Nous verrons plus tard, dans le chapitre consacré aux indications et aux contre-indications, dans quels cas on doit employer l'un ou l'autre de ces procédés.

1° Procédés rapides.— Tous ces procédés sont identiques, quant aux premiers temps de l'opération, ils ne diffèrent que quant au manuel opératoire à employer pour réunir les deux bouts de l'intestin réséqué et rétablir la continuité du tube intestinal.

Pour interrompre la communication entre l'intestin réséqué et la cavité péritonéale, ainsi que pour réunir les deux bouts, on a recours à une des méthodes suivantes :

a) *Entérorraphie circulaire ou réunion bout à bout.*

b) *Implantation latérale ou implantation d'une des anses coupées à la paroi de l'autre.*

c) *Apposition latérale ou réunion latérale entre les deux anses coupées, mais préalablement fermées.*

d) *Entérorraphie longitudinale.*

a) *Entérorraphie circulaire ou termino-terminale.*— L'entérorraphie circulaire la plus fréquemment employée paraît être l'opération de choix. Cette opération, déjà exécutée par Ramdhor est actuellement l'opération la plus employée, soit à l'étranger, soit en France. Par elle, la réunion des deux bouts se rapproche du type normal de l'intestin et rétablit facilement les fonctions du tube digestif.

Cette opération s'exécute par de nombreux procédés de suture ou au moyen d'appareils spéciaux.

Nous ne pouvons pas nous arrêter ici sur les différents procédés,- soit de suture, soit d'appareils, ceci rentrerait dans le domaine d'un traité de chirurgie intestinale.

Nous nous bornerons à faire ici quelques réflexions sur ces procédés et surtout sur les plus usités.

Dans la réunion termino-terminale des deux bouts de l'intestin, soit par suture ou par appareils spéciaux, qui, à première vue, paraît de beaucoup la plus rationnelle parce qu'on rétablit la continuité et on met le canal digestif dans des conditions à peu près analogues à celles où il se trouvait avant la résection, on rencontre cependant quelques inconvénients.

Tout d'abord, le chirurgien éprouve souvent de la difficulté à pratiquer la suture sur deux bouts de différent calibre.

Il arrive souvent que par la stagnation des matières au-dessus du rétrécissement néoplasique, l'intestin subit une dilata-

tion passive telle que dans deux cas de Hauer[1], elle rendit impossible la réunion termino-terminale. R. de Bovis[2] nous rapporte les cas de Thomson et von Wahal, qui ont vu le côlon gros comme un bras et le cas de Staffel, qui a vu le côlon dilaté aussi gros que l'estomac.

Si le néoplasme siège dans la région iléo-cæcale, ce qui est relativement assez fréquent, on a déjà une inégalité naturelle entre le côlon ascendant et l'iléon, mais, pathologiquement, c'est le bout inférieur qui est plus large. Baillet[3], dans sa thèse, rapporte des observations de résection du cæcum pour cancer où l'on voit, sur 34 observations, deux cas seulement nettement qualifiés : égalité des deux bouts.

Derocque[4], à propos de ces 34 observations, constate que le bout inférieur est plus volumineux que le supérieur dans 7 cas et moins volumineux dans 4 cas.

En somme, l'inégalité des deux bouts est assez commune et Derocque remarque que la proportion de 1 sur 3 est de beaucoup au dessous de la vérité.

Dans des cas pareils, l'affrontement est difficile et pour égaliser le calibre des deux bouts, on est obligé de recourir aux procédés qui ont pour but, soit d'augmenter le calibre d'un des deux bouts, soit de rétrécir celui qui est le plus large.

Pour remédier à cet inconvénient, Billroth fait un pli sur le bord non mésentérique de l'anse la plus large.

On peut encore faire une section oblique de l'anse de plus faible calibre, pour égaliser le calibre des deux bouts, ce qui est recommandé par Madelung et Jeannel. De Bovis remarque que par la coudure de l'anse suturée, Billroth a perdu deux

[1] *Revue de chirurgie*, 1900.
[2] *Revue de chirurgie*, 1900, p. 691.
[3] Baillet ; Thèse de Paris, 1893.
[4] Derocque ; *Presse médicale*, 1897.

malades par occlusion : un chez lequel il a pratiqué un pli sur l'anse la plus large et un chez lequel il avait sectionné l'anse obliquement.

Petroff[1], de Sophia, pour faire disparaître l'inégalité des lumières intestinales, pratique un surjet par lequel, en réunissant les deux bouts, il fronce en même temps au fur et à mesure l'anse la plus large.

On peut encore, comme Hofmokl, faire une résection triangulaire de la paroi du bout le plus large pour diminuer son calibre.

On peut enfin faire, comme Doyen, une série de sutures sur la partie large, comme si on voulait fermer le bout et ensuite aboucher le bout de petit calibre dans le large, artificiellement rétréci.

Il nous semble que, pour l'égalisation des deux bouts, on doit plutôt élargir et augmenter le calibre du bout le plus petit que de diminuer le plus grand et ensuite rétrécir son calibre, qui sera déjà secondairement rétréci après la suture, par le bourrelet plus ou moins saillant dans l'intérieur de l'intestin.

Un autre inconvénient, dans l'entérorraphie termino-terminale, est la résection du mésentère qui porte les vaisseaux de l'intestin. Si elle est mal faite et si on prive une partie des bouts intestinaux de leurs vaisseaux, il se produira un sphacèle à la région non irriguée et on devine quel sera le résultat d'une opération avec sphacèle et issue des matières fécales dans la cavité péritonéale. Pour éviter cet inconvénient, Madelung pratique une résection losangique du mésentère, de façon à laisser des vaisseaux qui rampent au contact de l'intestin, mais les petits lambeaux restant sur l'intestin peuvent gêner la suture, ce qui a été d'ailleurs observé

[1] Pétroff; Sophia, 1892. — Congrès de Moscou (1897).

par Jeannel. La résection cunéiforme du mésentère paraît être le procédé de choix, et il est ordinairement employé.

Un autre reproche qu'on peut adresser à l'entérorraphie circulaire, c'est la difficulté qu'on éprouve à faire la suture de l'intestin au niveau de l'insertion mésentérique ; à cet endroit souvent commence l'infection péritonéale. Richelot remarque que c'est là que l'insuffisance de suture est à craindre. En effet, nous trouvons dans les statistiques de R. de Bovis 171 cas simples qui ont donné cependant 54 morts, et, parmi ces 54 cas, il y en a 9 où la mort est survenue à la suite d'une péritonite par insuffisance des sutures.

Dans la région iléo-còlique, Derocque[1] remarque, avec juste raison, que l'entérorraphie est faite dans de mauvaises conditions par suite du manque de séreuse à la face postérieure de l'intestin.

On reproche à l'entérorraphie termino-terminale par suture d'exiger un temps assez considérable, qui est très souvent la cause de la mort par collapsus. Il nous semble que la fréquence du collapsus dans l'entérorraphie circulaire ne doit pas être attribuée exclusivement à la longueur de l'opération. Sans nul doute cette opération est relativement assez longue, mais une grande partie du temps est très souvent utilisée pour libérer l'anse malade de ses adhérences, parfois considérables ; tandis que le temps employé pour les sutures elles-mêmes nous semble ne pas être trop long.

Les nombreux cas de collapsus doivent être plutôt attribués à l'état général du malade au moment de l'intervention et à l'état avancé du mal.

Bergmann[2] met 5 heures pour un cas compliqué, où il est obligé de réséquer l'intestin, le pylore, une partie du duodénum fondu au milieu des adhérences. Il est évident que, dans

[1] *Presse médicale,* 1897.
[2] *Revue de Chirurgie 1900, p. 695*

des cas pareils, on ne peut pas s'attendre à un résultat couronné de succès. On ne peut pas non plus attribuer l'insuccès à l'entérorraphie quand on veut opérer des cas qui sont au-dessus de l'art chirurgical.

Les procédés de suture dans l'entérorraphie circulaire sont nombreux, mais jusqu'à nos jours, le plus ordinairement employé, paraît être la suture Lambert-Gzerny pratiquée à deux étages. A l'heure actuelle, d'après de Bovis, la plupart des chirurgiens emploient le surjet et ajoutent des sutures en bourse.

Tous ces procédés de sutures peuvent être divisés en deux grands groupes : un groupe de procédés où on pratique la suture sur les bouts libres, et un autre groupe où on réunit les deux bouts après les avoir tendus sur un cylindre quelconque placé à l'intérieur de l'intestin.

Pour distendre les deux bouts on a inventé une grande variété de tubes, fabriqués avec des os décalcifiés, de la pomme de terre, de la pâte, etc. Ces procédés, malgré leur ingéniosité sont quelquefois difficiles à appliquer et sont passibles de quelques reproches. « Tous ces procédés ingénieux, dit de Bovis, n'ont pas été employés sur une assez vaste échelle pour qu'on les puisse juger. Mais nous ne voyons pas a priori les avantages prépondérants qu'ils offrent : le mieux est quelquefois l'ennemi du bien. Frédéric Trèves, dans des leçons sur la chirurgie intestinale parues dans la *Lancet* de 1898, rappelait qu'il avait une fois imaginé un petit cadre clamp à entérorraphie, il était très fier de son invention au début, mais il l'abandonna bientôt et cet essai de jeunesse semble le faire quelque peu sourire ! ».

Les procédés par lesquels on réunit les bouts libres sans introduction de tube sont nombreux. Nous ne pouvons point nous arrêter longuement, cela nous entraînerait trop loin.

Le plus grand nombre de ces procédés de suture ont un inconvénient assez important ; c'est le retrécissement produit par le bourrelet plus ou moins saillant dans la lumière intestinale. Tels sont les procédés par abrasion de Chaput avec point de Lembert, qui peut donner un gros boudin et un retrécissement assez marqué ; la suture à trois étages, recommandée par Doyen et Chaput[1], qui assure la fermeture de l'intestin, peut former une valvule qui peut obstruer en partie l'intestin.

La méthode à manchette musculo-péritonéale de Kümmer[2] est un procédé de longue haleine, car il oblige sur chaque bout de l'intestin à relever une manchette musculo-péritonéale, ce qui est assez délicat et demande du temps.

Les méthodes de réunion par invagination ont été pour la première fois pratiquées par Rhemdhor dans la région cæcale, où le côlon ascendant est naturellement disposé pour recevoir l'iléon.

Le procédé de Chaput[3] a donné de bons résultats; malheureusement, Chaput n'a opéré que sur des chiens. De même celui de Frey. Jeannel rapporte dans son traité de chirurgie de l'intestin, des coupes d'intestin de chiens où l'on voit très bien que ce procédé d'invagination ne produit point de retrécissement. Celui que Doyen préconise, par double invagination, consiste à comprendre, dans l'intestin, avec de nouveaux points de suture faits à une certaine distance des premiers, toutes les sutures qui réunissent les bouts coupés, et, en cas de rupture d'un point de suture, le péritoine est cependant préservé de l'infection. « Mais, n'est-il pas à craindre, dit Jeannel, que cette longue invagination des deux intestins, mésentère compris, l'un dans l'autre, n'aboutisse, comme

[1] *Thérapeutique chirurgicale*, p. 210, 1896.

[2] *Presse Médicale*, p. 207, 1897.

[3] *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1894.

cela arrive dans les cas pathologiques, au sphacèle et à la perforation du bout engaînant, distendu par son contenu. Les invaginations spontanées de cette longueur seront toujours des lésions graves, dont la solution spontanée est exceptionnelle. Pourquoi cette invagination chirurgicale, longue de 10 à 15 centimètres, serait-elle bénigne ? N'est-ce pas jouer avec le feu que d'adopter un pareil procédé ? »

Les procédés par invagination, depuis l'époque antiseptique paraissent être peu employés. Ils demandent de nouvelles expériences.

Passons aux procédés d'adossement par moyen d'appareils avec ou sans sutures complémentaires, lesquels cherchent à remplacer les méthodes par suture, qui sont relativement longues et quelquefois difficiles à exécuter.

Parmi les appareils spéciaux, nous pourrons citer : le bouton de Murphy, l'enteroplex de Ramaugé, le bouton de Mathieu et le bouton de Vidalle.

Le bouton de Murphy est aujourd'hui connu de tous, et c'est celui qui est le plus fréquemment employé.

Dans la réunion instrumentale de l'intestin, l'adaptation est bien faite et après le sphacèle des deux bouts, qui tombent ainsi que le bouton à l'intérieur de l'intestin, il ne se forme point de bourrelet ni de rétrécissement comme dans l'entérorraphie circulaire par suture. — Si le bouton est appliqué sur une partie saine de l'intestin et que son calibre soit proportionnel à celui de l'intestin, le sphacèle est évité.

Jeannel dit : « avec un intestin sain, le sphacèle se limite toujours à la portion saisie et comprimée ». Donc, si on excise complètement le mal, la réunion par le bouton est parfaite et sans danger.

Un des avantages du bouton est la rapidité de l'opération, et par suite il y a moins de chance de collapsus et de souillure péritonéale. Il nous semble qu'il doit être préféré pour

les lésions de l'S iliaque, alors que le chirurgien est quelquefois obligé de réunir les deux bouts dans l'excavation pelvienne, où l'affrontement par suture risque d'être incomplet.

Dans la région iléo-cæcale, l'entérorraphie à deux plans est facilement appliquée quand il n'y a pas d'adhérences, mais quand la lésion monte assez haut et adhère de tous côtés le champ opératoire est limité. Le chirurgien est obligé de pratiquer la suture sur place sans pouvoir attirer l'anse au dehors, ce qui rend l'entérorraphie difficile. Dans des cas pareils, le bouton de Murphy rendra de grands services. Richelot trouve, dans ce bouton, le meilleur moyen pour résoudre le problème de l'abouchement dans la région iléo-cæcale, car, par ce procédé, l'opération est vite terminée: quant à la différence du calibre, il remarque qu'elle n'a pas d'importance, puisque l'intestin se plisse facilement autour du bouton.

Le reproche adressé au bouton qui provoquerait l'occlusion intestinale paraît d'une importance secondaire quand il s'agit du gros intestin, qui est suffisamment large pour laisser passer le bouton. Cette manière de réunir les deux bouts de l'intestin est à la portée de tous les chirurgiens, tandis qu'une bonne suture demande déjà une habileté et une délicatesse qui sont l'apanage du petit nombre.

b) *Réunion par implantation latérale.* — La réunion des deux bouts de l'intestin par ce moyen est, paraît-il, d'après de Bovis, trop peu en honneur pour qu'on puisse le comparer aux autres procédés.

Par cette méthode, on est obligé de former en cul-de-sac une des extrémités de l'intestin et faire une fente longitudinale sur le cul-de-sac, et c'est dans cette fente qu'est implanté l'autre bout de l'intestin.

Billroth et Sem ont employé ce procédé après la résection du cæcum.

Ce mode de réunion peut être appliqué dans des cas où l'inégalité des deux bouts est assez marquée et la suture impraticable ; mais il nous semble que le bouton de Murphy pourra le remplacer avantageusement, car le plissement par ce moyen lui est facile, l'affrontement parfait, ainsi que l'a remarqué, d'ailleurs, Richelot; mais surtout, parce que l'opération est vite terminée, ce qui est d'une importance capitale pour les cancéreux.

D'après Roux de Lausanne, l'implantation permet de multiplier les points de suture sans craindre le retrécissement. Cependant de Bovis fait remarquer que, dans un cas, il y eut rétrécissement ultérieur.

Quant à la stagnation des matières au-dessous de l'implantation et la crainte de fermentation, elles diminuent parce qu'on sait aujourd'hui que le cul-de-sac s'atrophie avec le temps.

c) *Réunion par apposition latérale.* — Ce moyen de réunion, appelé encore latéro-latéral, dans lequel on ferme les deux orifices terminaux, en rétablissant les fonctions du tube digestif par une entérorraphie latérale, est recommandé par Derocque[1]. Il dit : « Quant à la méthode de l'anastomose latéro-latérale, au premier abord, elle semble très compliquée, très longue, et bien des chirurgiens la repoussent complètement. On lui a reproché de demander un temps et un travail énormes. Si l'on veut avoir une réunion avec deux rangées de sutures, il faut exécuter environ dix centimètres de suture rien que pour la fermeture des deux bouts (Murphy)[2]. Après, il faut encore faire

[1] *Presse Médicale*, p. 207. 1897.

[2] *New-Yorck Médical.* Record 1894, 20 mars.

des points, pour unir les deux orifices latéraux, ce qui demande beaucoup de temps.

Il est évident que si on se place au point de vue du nombre de sutures nécessitées, celui-ci est considérable, mais si on envisage le temps nécessaire pour les pratiquer, on voit qu'il ne faut guère plus longtemps pour accomplir une résection avec anastomose latérale qu'une entérorraphie circulaire. La fermeture des culs-de-sac se fait avec facilité et très grande rapidité.

Il n'y a pas à faire les sutures si délicates de la région mésentérique. Pas de danger de fissure ou de nécrose, tandis qu'avec l'entérorraphie circulaire, il faut pratiquer une résection cunéiforme du mésentère, ce qui demande du temps, si l'on veut être sûr de ne pas laisser la moindre partie d'intestin dépourvue de son méso.

Avec l'approximation latérale on peut pratiquer la résection, même si l'une des anses intestinales est difficile à libérer. L'orifice anastomotique peut avoir des dimensions aussi considérables qu'on le désire. Enfin, il n'y a aucune difficulté à anastomoser deux anses d'un volume même très inégal. En résumé, nous dirons que la réunion par approximation latérale est la méthode de choix.

Ce moyen de réunion aura ses indications dans des cas de résection étendue qui rend la coaptation irréalisable, ou tout au moins n'est possible qu'en effectuant quelques tractions. Si on pratique, dans des cas pareils, une entérorraphie circulaire, on pourra avoir un échec de suture par suite du tiraillement. Mais il nous semble que le bouton de Murphy pourra remplacer ce procédé qui, quoique facile, d'après Derocque, demande à peu près le même temps que l'entérorraphie circulaire, et peut-être davantage, comme Murphy le remarque ; tandis qu'avec le bouton on agit beaucoup plus vite et avec quelques points supplémentaires de suture, on est sûr, il nous semble, d'éviter tout échec dû au tiraillement.

d) *Réunion par entérorraphie longitudinale.* — Par cette méthode, on cherche de nouveau à éviter le rétrécissement ainsi que les difficultés de la suture des deux bouts de l'intestin de différent calibre. Ce procédé appartient en entier à Chaput (Jeannel). Il exige un grand nombre de sutures.

e) *Autres procédés.* — Certains chirurgiens, pour éviter le rétrécissement à la suite l'entérorraphie par suture, ont proposé l'entéro-anastomose, qui a plutôt ses indications, nous semble-t-il, dans le traitement palliatif.

Un autre procédé de nécessité est de fermer l'extrémité inférieure de l'intestin après la résection et de fixer l'extrémité supérieure à la paroi abdominale. On pourra recourir à ce moyen dans des cas où la résection est très étendue et quand les deux bouts ne peuvent pas être rapprochés. C'est ce qui est arrivé à Schede, Reverdin et Billroth[1].

Dans des cas pareils, Nicoladoni a imaginé d'interposer une anse intestinale entre les deux bouts, opération très grave, puisqu'elle expose le malade à une résection du gros intestin et une seconde à l'intestin grêle.

2° Procédés lents. — A côté des procédés à une seule intervention, il y en a d'autres qui permettent au chirurgien d'arriver au même but, mais en intervenant plusieurs fois pour rétablir les fonctions normales du tube digestif après l'extirpation du néoplasme : dans un premier temps on ouvre un anus contre nature au-dessus de la tumeur; dans un second temps, on intervient pour la résection du néoplasme et on réunit les deux bouts par un procédé quelconque de suture. Après quelque temps on intervient pour fermer l'anus artificiel. Parmi ces procédés nous pouvons citer ici ceux de A Bloch et de Reclus. — Reclus propose de tirer au dehors

[1] Chavannaz; Thèse de Bordeaux, 1894, p. 23.

l'anse malade; et après la formation d'adhérences entre l'intestin et le péritoine pariétal, ou après la fixation de l'intestin par quelques points de suture sur le péritoine pariétal, la tumeur est enlevée, au bout de quelques jours, dans le premier cas, ou immédiatement dans le second cas. L'anus contre nature formé après l'excision de l'anse malade est fermé plus tard.

Chavannaz, dans sa thèse, rapporte une observation de Demons, qui a pu guérir son malade par le procédé de Reclus.

Bloch, de Copenhague, dans une première intervention, pratique la fixation de l'anse intestinale, comme le fait Reclus, et, suivant les cas, il fait, séance tenante, l'ouverture de l'intestin au-dessus de la néoplasie. Dans une seconde intervention il enlève la tumeur, en pratiquant en même temps la réunion des deux bouts. Après quelques jours, il intervient une troisième fois pour faire rentrer l'anse et fermer le péritoine.

Ces procédés de cure radicale sont passibles d'objections multiples.

Tout d'abord, les interventions multiples exposent le malade à de grands dangers, et le retard de plusieurs jours dans l'ablation de la tumeur favorise les progrès du mal.

On peut encore objecter à ces procédés, et surtout à celui de Bloch, qui, après l'excision de l'anse, ne peut pas enlever tout le mal, puisqu'on ne voit point ce qui est resté derrière l'anse adhérente à la paroi abdominale. Il nous semble que c'est une objection assez importante, qui pourra classer ce procédé parmi ceux du traitement palliatif, car, si les lymphatiques et les ganglions du mésentère ne sont pas enlevés, la récidive, dans un court laps de temps, est inévitable.

Ces méthodes à interventions successives peuvent être utiles et indiquées dans des cas d'urgence, où l'on est obligé

d'intervenir le plus tôt possible pour sauver le malade menacé de mort par occlusion, et qui ne pourra point résister à une longue opération.

En dehors des cas d'urgence, il nous semble que ces procédés ne doivent pas être employés dans le traitement curatif du cancer du gros intestin.

CHAPITRE III

Quelques mots sur les indications et le choix des procédés

Nous avons étudié, dans le chapitre précédent, les différents procédés employés dans le traitement curatif du cancer du gros intestin, rectum excepté. Il nous reste à examiner maintenant les indications et les contre-indications opératoires, et déterminer les procédés de choix.

L'entérectomie, dans le cancer de l'intestin, est actuellement admise par tous les chirurgiens. Les doutes quant à la possibilité du traitement curatif n'existent pour ainsi dire plus. Mais, en revanche, on discute dans quels cas cette opération est de mise, et on fait observer que la mortalité, autrefois élevée est due plutôt à ce qu'on opérait sans choix et qu'on intervenait alors qu'il était non seulement impossible de pratiquer un traitement curatif, mais aussi un traitement palliatif. Il est évident que la mortalité sera grande toutes les fois qu'on opèrera des cas très avancés, tel le cas de Bergmann.

R. de Bovis remarque que, depuis qu'on a commencé à opérer à froid, l'entérectomie devient possible. Il dit : « La mortalité réelle est tombée depuis 1889 à 35,3 0/0 dans les cas relativement simples Le chiffre de 35,3 0/0 représente-t-il le dernier terme du progrès ?

Non, heureusement. Voici, en effet, les chiffres de quatre

de nos maîtres ou confrères qui nous ont confié leurs statistiques et observations :

Professeur Lennander (d'Upsal)	4	cas	1	mort
Professeur Borelius (de Lund)	3	—	»	—
Docteur Carlson (de Göteborg)	4	—	1	—
Docteur Caird (d'Edimbourg)	9	—	3	—
Totaux	20		5	

Ces 20 cas, concernant des cancers de gravité extrêmement variée, ne donnent, cependant, que 25 0/0 de mortalité. Kocher (de Berne) à la Britisch méd. Assoc. de 1898, n'accusait aussi que 25 0/0 sur 24 cas.

Mais le chiffre de 25 0/0 n'est-il pas réductible encore ? Il l'est très certainement. Le cas de mort du professeur Lennander est dû à une septicémie pré-opératoire, engendrée par la perforation du néoplasme ; ceux du Dr Carlson et du Dr Caird sont dus à ce que nos distingués confrères se laissèrent un peu entraîner par leur tempérament chirurgical, et ont opéré, l'un, en pleine occlusion intestinale, l'autre, en une période de stercorémie probable. Il ne reste que deux morts imputables respectivement à l'œdème du poumon et à la gangrène de l'intestin. Ces deux derniers étaient très compliqués (Caird).

On voit donc qu'avec un soin judicieux des malades et une appréciation des conditions cliniques, la mortalité de l'entérectomie entre des mains expérimentées tomberait peut-être, tous risques compris, même ceux qui ne relèvent pas de la zone opératoire, à 10 0/0. Mais, pour cela, il faut certainement renoncer aux prouesses opératoires, aux ablations simultanées de foie, de rein, d'estomac ... etc ! »

Nous lisons, dans la thèse de Chavannaz, combien autrefois la mortalité était forte. Nous trouvons, en effet, une sta-

tistique de Bloch avec 44,6 0/0 de mortalité ; une statistique de Czerny avec une mortalité de 50 0/0.

Sur 189 cas que Lardennois rapporte dans sa thèse, la mortalité s'élève à 36 0/0. Des 12 cas que nous rapportons dans notre thèse, concernant des cancers de gravité variée, nous n'avons pas de cas de mort imputable directement à l'opération, sauf le cas n° 3, opéré par notre maître, M. L. Imbert, qui était obligé d'extirper en même temps un kyste du ligament large, ce qui a prolongé l'opération. La malade est morte de péritonite.

Parmi les deux premiers cas opérés par nos maîtres, M. le professeur Gilis et M. le professeur agrégé L. Imbert, nous avons un cas de mort (Obs. II) 4 mois après l'opération, cause inconnue. Le malade de l'observation IX, est mort de tumeur secondaire du côté du foie, une année après l'opération. Le malade de l'observation X est reste guéri sans récidive pendant 2 ans et 8 mois. Les malades de nos autres observations sont bien portants et sans aucune récidive. On voit donc que la mortalité diminue considérablement. Si la statistique de Czerny, par exemple, donne 50 0/0 de mortalité, la statistique récente de de Bovis en donne 10 0/0, imputable directement à l'opération.

Peut-on dire que le chiffre de 10 0/0 ne sera plus réductible ? Si de 50 0/0 il est tombé à 10 0/0, nous pouvons espérer qu'il tombera davantage si le chirurgien intervient, dans des cas particuliers et complètement à froid, renonçant à appliquer systématiquement l'entérectomie sans reculer devant les cas où cette opération est inapplicable.

Dans ces derniers temps, grâce à l'intervention plus précoce, avant que le mal se soit généralisé, et par une ablation large, on a pu enregistrer des résultats indiscutables de longue survie et de guérison complète.

La récidive paraît ne pas être fatale et par suite ne doit

pas être considérée comme une contre-indication au traitement curatif du cancer du gros intestin. La récidive n'est pas plus fréquente que pour le cancer des autres régions, pourvu qu'on porte le bistouri dans des tissus sains, d'autant plus que le cancer du gros intestin reste longtemps une maladie locale, ainsi que le remarquent Matlakowsky, Bloch et d'autres chirurgiens.

Si, pendant longtemps, on ne connaissait que le cas de Martini, comme cas de longue survie, à présent, ces cas se multiplient et, pour les compléter nous en pouvons citer un certain nombre.

Koerte [1] (de Berlin) a 5 malades opérés pour cancer du gros intestin, depuis un laps de temps variant entre 3 ans et 8 ans et demi, sans qu'il se soit produit de récidive jusqu'à présent.

Bramann [2] (de Stall) pratiqua 14 fois l'extirpation du cancer du gros intestin et sauva la vie de 8 malades, dont un seulement est mort un an après l'opération de métastase et les 7 autres sont bien portants actuellement.

En un mot, la crainte de la récidive ne doit pas faire rejeter l'intervention radicale, si la tumeur est mobile, bien circonscrite et opérable, de même que le chirurgien n'hésite pas à intervenir pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la lèvre, présentant les mêmes conditions. Il ne faut donc pas, au contraire, tenter l'entérectomie dans des cas où les adhérences sont nombreuses, parce que chaque difficulté rencontrée prolonge l'opération, ce qui est très dangereux pour les cancéreux, car le collapsus peut s'en suivre, ce qui est souvent la cause de leur mort.

Ici, comme ailleurs, il faudra tenir compte de l'état général avant d'intervenir.

[1] *Gazette Nebel*, 1900, p. 420.
[2] *Société de Chirurgie* 1899 p. 108.

La région iléo-cæcale paraît avoir des indications plus larges que le reste du gros intestin. Körte dit en effet : « On retiendra cependant que les tumeurs de la région iléo-cæcale, permettent des indications opératoires plus larges que celles des autres parties du gros intestin ». M. Sambou[1] dit aussi : « En face d'un malade atteint de cancer iléo-cæcal, le chirurgien ne doit point s'abstenir ; exception faite cependant pour les cas dans lesquels l'affaiblissement du patient est *trop considérable et pour ceux dans lesquels l'envahissement du péritoine est trop important !* »

Donc, pour appliquer le traitement curatif, il faut un bon état général, l'immobilité de la tumeur par l'envahissement du péritoine, des ganglions ou des autres organes, à moins qu'il ne soit très peu avancé. Pour apprécier ces indications, le chirurgien sera souvent obligé d'ouvrir l'abdomen, car le diagnostic du cancer du gros intestin paraît assez difficile surtout quand il s'agit de diagnostiquer si la tumeur est opérable, ou si on doit seulement pallier. Avec Koert nous dirons : « La question d'extirpation radicale ne peut être résolue, le plus souvent, qu'après la laparotomie exploratrice ».

Jusqu'ici, nous avons considéré les cas simples dans lesquels la tumeur est mobile, l'état général est bon, pas de métastase et avec peu ou pas de troubles digestifs ; mais il y a des cas appelés à demi-froid, c'est-à-dire des cas avec crises alternatives d'obstruction, de constipation ou de diarrhée. Dans des cas pareils, le chirurgien doit tout d'abord essayer de remettre son malade à froid, ainsi que le dit R. de Bovis. Pour cela on donnera des purgatifs légers ou fractionnés, des lavements, et une fois l'intestin vidé et le ballonnement du ventre disparu, on pourra intervenir. Si après les purgations, les lavements etc, il n'y a point d'amélioration, et que le ventre reste

[1] *Gazette Nebel* 1900, page 231.

toujours ballonné, la cure radicale est contre-indiquée : « Si l'obstruction est ancienne, le ventre toujours ballonné, il faut opérer. *Mais cette opération ne devra être que palliative* » (R. de Bovis.)

Pour opérer et pallier, on aura le choix entre l'entéroanastomose et l'anus contre nature. L'anus artificiel nous paraît être plus indiqué comme opération facile et vite faite, tandis que l'entéro-anastomose est plus grave, plus difficile et, comme telle, il nous semble qu'elle doit être pratiquée exceptionnellement.

Une fois le malade remonté, et si la tumeur est opérable, on pourra, par une seconde intervention, extirper la tumeur et rétablir le cours normal du tube digestif.

Dans les cas d'occlusion ou d'obstruction aiguë, le chirurgien a une seule indication à observer : le rétablissement de la circulation alvine.

En pareille occurrence, l'opérateur se contentera de faire un anus contre nature. Toutes les opérations intra-abdominales doivent être proscrites, parce que le malade risque, à chaque minute, de mourir de collapsus, vu son mauvais état général. Le malade, épuisé, ne peut pas rester longtemps sur la table d'opération. D'un autre côté, on peut s'imaginer à quelles difficultés le chirurgien sera en butte, si jamais il pratique une excision sur un intestin occlusionné et distendu par les gaz et les matières fécales.

En terminant ce chapitre, nous devons faire remarquer que le traitement radical doit être précoce et réservé aux cas opérables. Les médecins doivent envoyer leurs malades le plus tôt possible en chirurgie : ils savent que le traitement médical ne pourra avoir d'autre effet sur les cancéreux, que de retarder l'intervention chirurgicale et de la rendre impossible ; en effet, si on intervient tardivement, on risquera beaucoup, et la vie du malade se trouvera en danger. Il faut

savoir que les résultats seront encourageants seulement quand on interviendra à temps.

« Il faut être bien persuadé que ces résultats ne seront obtenus que si l'on se décide à intervenir de bonne heure et si on perd l'habitude d'amener au chirurgien des mourants pour demander au bistouri une résurrection impossible[1] ».

[1] Delaunay (de Paris) ; *Revue de chirurgie*, 1899, p. 583.

CHAPITRE IV

Manuel opératoire

Dans ce chapitre nous n'avons pas l'intention de décrire à fond le manuel opératoire, qui est amplement décrit dans des ouvrages spéciaux. Nous ne ferons qu'indiquer les points qui nous paraissent les plus importants de la technique opératoire.

a) *Préparation du malade.* — Les soins préliminaires que le chirurgien doit prendre, sont : l'évacuation et l'antisepsie de l'intestin. On donnera au malade des purgatifs à doses fractionnées, surtout s'il présente de légers symptômes d'obstruction. La purge à dose massive doit être rejetée, car elle fera souffrir le malade, et, comme R. de Bovis le remarque, elle occasionnera au malade une attaque d'occlusion aiguë.

Le bout inférieur de l'intestin pourra être évacué par des lavements purgatifs, ou simplement par de l'eau boriquée.

Le régime lacté sera institué quelques jours avant l'opération

Avec cette préparation, l'intestin étant vidé, les risques d'infection diminueront, l'opération sera moins gênée, puisque les gaz et les matières qui distendent l'intestin seront évacués.

En ce qui concerne la préparation du champ opératoire, il n'y a rien de particulier à faire remarquer.

b) *Incision de la paroi abdominale.* — Si on se trouve en présence d'une néoplasie nettement appréciable, le siège de la tumeur indiquera où l'on doit pratiquer l'incision. On préfère ordinairement la faire sur la tumeur, parce qu'on pourra manœuvrer facilement et on verra clairement ce qu'il y aura à faire.

Quand la tumeur n'est pas appréciable à la palpation, et, quand on ne sait pas au juste où se trouve la lésion intestinale, il sera nécessaire de pratiquer une laparotomie exploratrice.

Camus et Chavannaz préconisent pour cela une incision de 15 centimètres, dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, et parallèle à l'arcade de Fallope, mais deux travers de doigt au-dessus d'elle.

La laparotomie médiane nous paraît être préférable ; d'ailleurs, c'est celle qui est le plus fréquemment employée lorsqu'il s'agit d'une laparotomie exploratrice. Avec cette incision le chirurgien pourra facilement explorer dans toutes les directions de l'abdomen ; cependant nous savons que cette incision ne convient pas toujours pour amener l'anse malade au dehors de la cavité abdominale; l'opérateur sera empêché ou par les adhérences de la tumeur ou par le siège éloigné du néoplasme. Si le néoplasme diagnostiqué par l'incision médiane ne peut pas être attiré au dehors, on sera obligé de faire une autre incision sur la tumeur et on refermera rapidement la première.

S'il existe une fistule, un anus artificiel, on désinfectera le trajet du mieux qu'on pourra et on aura à sa disposition trois manières d'agir: 1° inciser aux extrémités des fistules, pincer l'intestin sain, réséquer et suturer ; 2° ouvrir le ventre

au-dessus des fistules, en paroi saine et prier un assistant de se tenir prêt à tamponner dès qu'on commencera à ouvrir les trajets fistuleux ; 3° suturer les fistules et enlever le tout comme on enlève une tumeur[1] (Salzer). Mais il ne faut pas oublier que les cas pareils seront rarement couronnés de succès, surtout quand il y a des fistules avec envahissement de la paroi abdominale.

La *position* de Trendelenbourg est préférable aux autres positions du malade, surtout quand il s'agit d'une néoplasie de l'S iliaque. Par cette position l'intestin s'éloigne du champ opératoire et permet au chirurgien de travailler librement.

c.) *Libération et traction de l'anse malade au dehors de la cavité abdominale.* — Après l'ouverture du ventre, l'opérateur, s'étant convaincu que l'opération est possible, tâchera de libérer l'anse malade et de l'attirer au dehors de la cavité péritonéale. Pour cela il essayera de décoller l'anse avec le plus grand soin possible pour ne point déchirer les tuniques intestinales ou les parois d'un autre viscère, avec lequel l'anse malade peut adhérer. Une fois la libération faite il attirera au dehors de la cavité abdominale l'anse cancéreuse. Si le méso est envahi et s'il a perdu sa souplesse, on peut s'exposer aux déchirures de l'intestin ; Chavannaz, dans sa thèse, pour remédier à cela, recommande de faire dans le péritoine des incisions proposées par O. Bloch : « Ces incisions seront faites parallèlement à la direction du méso et elles porteront sur le péritoine pariétal dans le voisinage de la ligne où le méso se continue avec ce feuillet. Par suite même de la situation latérale des incisions par rapport au pédicule du méso, on voit que les vaisseaux mésentériques ne seront pas intéressés et qu'on n'aura pas à redouter le sphacèle de l'intestin ».

[1] R. de Bovis. *Revue de chirurgie*, p. 711, 1900.

A ce moment, le chirurgien doit enlever aussi les ganglions mésentériques intéressés, et après, il passera à la coprostase, c'est-à-dire au pincement de l'intestin, qui sera fait par tel ou tel des moyens à la disposition du chirurgien : mèche de gaze iodoformée, clamps divers, tubes en caoutchouc, doigts, pinces de Doyen modérément serrées, une longue pince de Kocher.

d.) Résection de l'intestin. — Pour que l'entérectomie soit utile, le chirurgien doit faire une excision large. Le bistouri doit dépasser de quelques centimètres la lésion, et travailler dans la partie saine de l'intestin. La longueur de la partie enlevée paraît ne pas aggraver l'opération. Kukula[1] remarque que le gros intestin peut être réséqué dans une portion considérable si l'état général du malade le permet.

La résection doit porter au ras du mésentère, ou bien on pourra enlever plus d'intestin du côté opposé au mésentère (Madelung), pour éviter le sphacèle des bouts intestinaux. Au-dessus de l'anse on mettra une compresse qui préservera le péritoine. Un aide épongera les deux bouts de l'intestin. Vautrin[2] recommande la section par le thermocautère, qui fait à la fois l'asepsie et l'hémostase. Doyen emploie sa pince spéciale, ou angiotribe, avec laquelle il écrase les deux bouts de l'intestin.

L'hémostase terminée, on passe à la *suture*. Pour rétablir la continuité du tube digestif on a le choix entre les plaques, le bouton ou l'aiguille. L'entérorraphie reste le procédé idéal, après lequel vient le bouton de Murphy qui pourra remplacer la suture par fil, quand il s'agit d'aller vite. Il est, nous semble-t-il, préférable à une suture mal faite et incomplète. Il a encore l'avantage d'être à la portée de tout opérateur,

[1] Arch. f. kl. chirur. 1899, vol. LX, p 887.

[2] Congrès français de chirurgie, 1897.

tandis que la suture bien et vite faite demande une habileté particulière.

Quant aux fils à suture, on a le choix entre le fil de soie et le catgut. La majorité des chirurgiens utilisent la suture Lember-Czerny en surjet, qui consiste en un premier plan muco-séreux et un deuxième plan séro-séreux (R. de Bovis).

e.) Drainage. — Le drainage, préconisé par certains auteurs et rejeté par d'autres, paraît être un bon moyen pour éviter l'infection de la grande cavité péritonéale par les fistulettes, qui, dans un grand nombre de cas, apparaissent après l'opération et surtout dans la région iléo-cæcale. A ce propos, il existe une statistique de R. de Bovis, où il est démontré que l'absence du drainage fait monter d'un tiers en plus la léthalité par infection abdomino-péritonéale. Nous pensons donc, avec M R. de Bovis, que le drainage est un facteur très important de succès, que le chirurgien ne doit pas négliger, ainsi que le remarquent Beker et Koerte ; il doit être soigneusement fait : l'intestin, une fois suturé, sera entouré par des mèches de gaze, de façon à l'isoler de la cavité péritonéale et, dans le cas de rupture d'un point de suture, les produits d'infection sortis de l'intestin seront portés au dehors sans danger.

f.) Fermeture du ventre. — Pour la fermeture de la paroi abdominale, il n'y a rien de particulier à dire ; elle se fait comme d'habitude, en laissant un passage pour les mèches du drainage.

Les soins consécutifs ne sont pas à négliger. Pour éviter que les sutures lâchent par les arrêts des gaz et des matières, on pourra administrer des purgatifs qui expulseront les gaz et empêcheront la formation du bouchon fécal qui menace de

distendre la suture et ensuite de laisser passer la matière dans la grande cavité péritonéale.

Si le malade est affaibli, l'injection du sérum artificiel caféiné est indiquée.

On remarque que, les premiers jours après l'opération, la température est toujours au-dessus de la normale.

La diarrhée post-opératoire paraît d'un pronostic grave.

Pour terminer, nous pouvons dire que la péritonite est à craindre, soit par l'insuffisance de suture, soit par la formation d'un abcès stercoral.

CHAPITRE V.

OBSERVATIONS

Observation Première

Obstruction intestinale par cancer de l'anse oméga. Résection de l'intestin. Entérorrhaphie. Guérison.

MM. Gilis et Imbert. (*Soc. de chir.* 5 avril 1901).

A. P..., 49 ans, mécanicien, entre à l'hôpital suburbain dans le service de M. Carrieu, suppléé par M. Rauzier, le 3 septembre 1900. Le 31 août, à midi, il a été pris brusquement de coliques très douloureuses; depuis, les douleurs abdominales ont persisté, bien qu'elles aient quelque peu diminué d'intensité ; elles ont pris leur point de départ et conservent leur maximum dans la fosse iliaque gauche.

Dès le premier jour, elles sont accompagnées de vomissements alimentaires, puis bilieux, qui sont bientôt devenus noirs et ont pris une odeur repoussante. La dernière selle date du matin du 31 août; depuis, il n'y a plus eu d'évacuations de matières ni de gaz.

Avant la maladie actuelle, le malade avait toujours joui d'une bonne santé ; il ne s'était pas amaigri ; l'appétit était bon, les selles normales, sauf un peu de constipation de temps à autre.

Le 4 septembre au matin, le malade est examiné par

M. Rauzier, qui porte le diagnostic d'occlusion intestinale et demande l'avis d'un chirurgien. Nous constàtons alors l'état suivant :

Le malade ne paraît nullement atteint, au point de vue général, et répond avec précision à nos questions.

L'abdomen est fortement météorisé. La palpation est bien supportée, sauf dans la fosse iliaque gauche, où elle réveille une douleur assez vive, mais sans qu'il y ait ni tumeur, ni empâtement. La percussion montre que l'abdomen est uniformément sonore ; la matité hépatique est notablement diminuée en hauteur, ce qui fait songer un instant à une péritonite par perforation. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement. Tous les orifices herniaires sont libres. Les vomissements sont noirâtres, d'une odeur fétide prononcée; le pouls est rapide, mais assez fort ; la langue est un peu sèche. Les autres organes paraissent être en bon état.

Le diagnostic d'occlusion intestinale s'impose ; il n'en est pas de même de la cause même de l'occlusion, qui demeure des plus obscures. En conséquence, on décide de faire immédiatement une laparotomie exploratrice.

Laparotomie médiane le 4 septembre. L'abdomen ouvert on se trouve en présence d'anses intestinales distendues, ayant tendance à faire saillie hors du ventre. La main, introduite directement dans la fosse iliaque gauche, n'y découvre rien; il en est de même dans la fosse iliaque droite et dans la région hépatique ; mais, en explorant la cavité pelvienne, on trouve, en contact avec la partie moyenne de la face antérieure du sacrum, une tumeur que l'on amène facilement hors du ventre et qui s'est développée sur la partie inférieure de l'anse oméga. Il ne paraît pas exister des ganglions dans le mésentère. Le néoplasme résulte plutôt d'un épaississement très prononcé, siégeant sur une longueur de 5 à 6 centimèt.

que d'une augmentation de volume ; vers sa partie moyenne existe un sillon assez accentué.

En raison de la mobilité de la tumeur et la possibilité de l'extirper complètement, on décide de faire l'entérectomie. La coprostase est effectuée au moyen de bandelettes de gaze placées sur chaque bout. Le mésentère est sectionné après ligature en chaîne sur une longueur égale à celle de l'anse intestinale, que l'on se propose de réséquer et les sutures correspondantes sont pratiquées sur l'intestin. Les deux bouts, soigneusement maintenus hors du ventre, sont rapidement nettoyés et l'on procède aux sutures ; deux étages de surjet séro-séreux au catgut et muco-muqueux à la soie sont successivement placés sur la demi-circonférence post. et sur l'antérieure, au moyen d'une aiguille de couturière ; quelques points séparés renforcent les endroits faibles. Les bandes de gaze sont dénouées ; un point de suture, placé sur le méso, assure l'affrontement de ses surfaces. On s'assure que la gaze et les matières passent facilement d'une anse intestinale à l'autre ; l'intestin est remis en place et la paroi abdominale fermée, par trois plans de suture. L'opération a duré, tout compris, une heure et quart.

Le jour même, le malade a deux selles abondantes ; il peut boire de petites quantités de liquide sans vomir. L'état général se maintient excellent ; la guérison n'est entravée que par une petite suppuration superficielle qui se tarit bientôt. Le malade commence à s'alimenter le 12 septembre ; il sort complètement guéri le 5 octobre ; l'appétit est bon ; les selles sont quotidiennes et normales.

L'examen de la tumeur, fait par M. le professeur Bosc, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules cylindriques.

Au niveau du sillon circulaire, qui partageait la tumeur en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure, la

lumière de l'intestin, extrêmement réduite, n'admettait pas le bout du petit doigt.

OBSERVATION II.

Cancer du côlon transverse (*Soc. de Chir.*)
opéré par M. le professeur-agrégé L. IMBERT.
(Résection et entérorrhaphie circulaire).

Mme R.. C.., âgée de 52 ans, entre à l'Hôpital pour tumeur ombilicale.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, âgé de 91 ans, a une petite hernie ; mère morte, cause inconnue.

Antécédents personnels. — La malade a eu la rougeole étant jeune. Elle a été réglée à 16 ans. Ménopause, à l'âge de 45 ans. Elle a été enceinte trois fois. Les trois accouchements se sont bien passés et à terme. Elle a eu, après chaque accouchement, de fortes hémorragies. Elle a présenté, autrefois, des troubles mentaux qui ont nécessité son internement temporaire à l'Hôpital Général, mais qui n'ont pas reparu dans le cours de l'observation.

Début de la maladie actuelle. — Il y a 3 ans, la malade s'est aperçue de l'existence, au niveau de l'ombilic, d'une tumeur du volume d'une petite noix; cette tumeur étant indolore et réductible à la pression; la malade porte une ceinture abdominale. Malgré ce bandage, la tumeur augmente peu à peu de volume, et, il y a un mois et demi, elle a atteint le volume d'une tête de fœtus et devient irréductible. A cette époque la tumeur commence à devenir douloureuse, et tendue par intermittence, et surtout après les efforts.

Le 16 octobre dernier, la malade souffre davantage, appelle son docteur, qui lui conseille d'entrer à l'hôpital.

A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur ombilicale du volume d'une tête de fœtus. Cette tumeur n'est pas située au niveau de l'ombilic ; elle est surtout développée au-dessous et à gauche.

La peau, au niveau de la tumeur, est mince, violacée. A la palpation, on a la sensation de fluctuation nette. Il est évident qu'il existe sous la peau une collection liquide. La palpation de la tumeur est douloureuse. Pas de selles depuis 2 jours ; pas de vomissements ; pas de fièvre. Le pouls est normal.

D'après les symptômes ci-dessus décrits, on fait le diagnostic de hernie ombilicale étranglée avec sphacèle de l'intestin et formation d'un abcès stercoral.

Opération.— Le 19 octobre. Anesthésie à l'éther. Incision verticale de la peau au sommet de la tumeur fluctuante, ouverture d'une poche d'où s'échappe un liquide citrin, clair ; la cavité est largement ouverte en haut et en bas ; le liquide s'écoule continuellement, et on se trouve en présence d'une tumeur de la grosseur du poing, adhérente au bord inférieur du côlon transverse hernié à travers l'anneau ombilical, largement dilaté.

Il s'agit donc d'une hernie ombilicale du côlon transverse compliquée d'une tumeur.

La tumeur examinée se présente sous une apparence bosselée, irrégulière, largement adhérente au côlon transverse, il est évident que cette tumeur se trouve développée aux dépens du grand épiploon hernié.

Cette tumeur, ne pouvant être réduite telle quelle dans le ventre, on essaie de l'enlever et de la séparer du côlon ; mais cette manœuvre est si difficile que l'on préfère enlever en même temps la portion du côlon auquel elle adhère ; le côlon est saisi entre deux pinces, et réséqué sur une lon-

gueur de 8 cent. environ, et enlevé en même temps que la tumeur, on réunit les deux bouts par l'entérorrhaphie circulaire, on réduit le côlon dans l'abdomen, on termine par la cure radicale de la hernie ombilicale. Le péritoine est fermé, draîné ; la peau est résséquée en partie, et suturée au crin de Florence.

Grand pansement avec bonne compression. Injection de sérum artificiel.

19 soir. T. : 37,2. Pouls : 91. Etat général bon ; quelques vomissements,

20, matin. T. ; 37, 9. Pouls : 100. Soir, T.: 38. Pouls:92. On donne un lavement purgatif sans effet, un deuxième lavement amène une selle.

21, matin. T. 37,4. Pouls : 82. Soir, 37,6. Pouls : 90. La malade va bien, pas de vomissement.

25. T. 37°. Le premier pansement est changé. Pas de suppuration, on enlève le drain.

30. Le second pansement est changé. Cicatrisation parfaite par première intention. Ablation des fils.

6 novembre. La malade va bien. Toutefois elle n'est pas absolument apyrétique, elle présente un peu de ballonnement, mais l'état général est bon, la plaie est tout à fait cicatrisée.

La fièvre disparaît complètement dans les jours qui suivent, et la malade sort, entièrement rétablie, un mois après l'opération. Nous avons appris sa mort, quatre mois environ après sa sortie de l'hôpital, mais nous n'avons pu nous procurer aucune espèce de renseignements à ce sujet.

La tumeur, examinée au microscope, se montre constituée, en majeure partie, d'alvéoles pleines de cellules épithéliales : il ne s'agissait donc pas d'une simple épiploïte, comme on aurait pu le penser tout d'abord. L'hypothèse la plus vraisemblable est que le néoplasme extirpé était un noyau

secondaire émané d'un foyer primitif demeuré lui-même inconnu[1].

Observation III.

Cancer du gros intestin. — Résection. — Entérorraphie circulaire. — Mort.
(Opération de M. le professeur-agrégé L. Imbert).

Pour des raisons indépendantes de notre volonté, nous ne pouvons donner ici qu'un résumé de cette observation, qui a été communiquée par M. Imbert à la Société de chirurgie, et rapportée par M. Quénu, dans la séance du 2 avril 1901.

Il s'agit d'une femme qui entre à l'hôpital pour un cancer du gros intestin et un kyste inclus dans le ligament large. — Après l'incision de la paroi abdominale, on enlève le kyste et on procède ensuite à l'incision de l'anse cancéreuse. — A cause de la durée de cette opération, la malade est atteinte, quelques jours après, d'une péritonite généralisée dont elle meurt.

Observation IV.

Résection de l'iliaque pour cancer. — Guérison.
(B. Carlson, de Göteborg, *Hygiea* 1899 LXI, pag. 29 [2]).

Mme J. E..., 63 ans. Entrée le 4 mars 1898, sortie guérie le 20 avril.

N'a jamais été malade ; il y a trois mois, pendant une semaine, elle dut garder le lit pour des douleurs abdominales, accompagnées de vives coliques au moment des garde-robes. Le ventre n'était pas alors ballonné. Rien de particulier ne fut observé du côté des selles. Après une semaine, elle se trouva

[1] Ce point a été discuté plus longuement dans l'observation présentée à la Société de Chirurgie par M. Léon Imbert.

[2] R. de Bovis, *Revue de Chirurgie*, pag. 801, 1900.

bien portante. Les selles étaient normales, l'appétit bon et le ventre complètement indolent.

Il y a une semaine, elle fut reprise des mêmes symptômes. De violentes douleurs se localisèrent dans la partie inférieure de l'abdomen, et il y avait des tranchées. Les crises de tranchées étaient tantôt subintrantes, tantôt séparées par des intervalles de plusieurs heures. En même temps qu'elles, survenaient des douleurs dans le ventre, et chaque tranchée était suivie d'une petite selle, qu'on aurait prise pour de la gelée de groseille.

Pendant ces deux derniers jours, l'état ne s'est pas modifié. Le ventre n'est pas ballonné. Pas de difficulté dans la miction. Il n'y a eu, durant ce temps, aucune autre évacuation intestinale que celles déjà mentionnées. La malade n'a pas maigri.

Etat actuel. — Etat général bon. Embonpoint moyen. Se sent bien. Pas de fièvre. Après lavement et purge, abondante débâcle d'aspect normal. Le jour de l'entrée, on sentait au niveau du côlon descendant, comme un boudin : il disparut après la débâcle. Ultérieurement, par contre, on sentit, un peu au-dessus de l'épine iliaque gauche, un empâtement de forme longitudinale, large de deux doigts, long de 10 centimètres environ ; deux fois, on crut sentir une tumeur à son extrémité supérieure. On ne découvre aucune glande lymphatique hypertrophiée, ni aucune inégalité de la surface du foie. Rien aux autres organes.

Après quatorze jours d'observation, pendant lesquels on n'eut pas occasion de revoir les évacuations « gelée de groseille », mentionnées à l'anamnèse, on se décida pour la laparotomie.

Opération le 17 mars. Incision le long du Poupàrt et de la crête iliaque.

Toute l'S iliaque et le côlon ascendant se montrent anormalement épaissis et résistants. Au niveau de leur point de jonction, à peu près, on sent, à l'intérieur de l'intestin, et fixée sur sa paroi postérieure, une tumeur de la grandeur et de la forme d'une demi-noix. On sent quelques petites glandes dans le mésocôlon, à quelque distance de la tumeur. Un petit peloton du grand épiploon était soudé à cette portion de l'intestin, où siégeait la tumeur. On résèque environ 10 centimètres de l'intestin avec le mésocôlon et le peloton épiploïque. Deux plans de sutures en surjet, ne comprenant pas la muqueuse, sont faits. A cause de la difficulté d'opérer dans le fond du bassin, la suture présentait un point faible en arrière ; on insinua donc jusqu'à son niveau une petite mèche de gaze iodoformée, dont le bout ressortait par la plaie. Suture abdominale à trois étages.

La tumeur avait la forme d'une grosse pièce de deux couronnes (3 francs) ; ses bords étaient rouges, décollés et tuméfiés ; au centre, existait une portion assez saillante, grosse comme le bout du petit doigt. Au microscope, la tumeur fut démontrée cancéreuse.

Après l'opération, faite sous l'éther, on injecte 800 cc. de solution physiologique.

18 mars. T. 37°,9, 38°,5. Miction. Ventre non douloureux.

19. T 38°,2, 38°,1. Quelques gaz par l'anus Potage au vin et au gruau.

20. Pas de fièvre ; état général bon.

22. Selle spontanée non douloureuse. Sort guérie le 29 avril.

En août, elle allait bien et avait engraissé. Selles normales.

Par lettre en date du 12 juin 1900, le Dr Carlson dit que la malade ne souffre nullement et que les selles sont régulières. Pas de trace de récidive.

Observation V.

Cancer de l'S iliaque. Résection. Guérison.
(M. le professeur Jacques Borelius, de Lund[1]).

Korin Olsson, 42 ans. En février 1898, surviennent de violentes douleurs dans le côté gauche du bassin, en même temps que des coliques. A la suite de quelques selles diarrhéïques, son état s'améliore. Depuis cette époque, elle a constamment des douleurs et de la difficulté quand elle va à la garde-robe. Jamais de sang, ni de mucosités. Au palper, l'on sent dans la fosse iliaque gauche du rectum, dans le bassin, une grosse tumeur mobile.

Laparotomie ; *colectomie* (9 juillet 1898). — Incision le long du bord gauche du droit antérieur. L'S iliaque est attirée au dehors et se trouve présenter, à son extrémité inférieure, un rétrécissement néoplasique. On put facilement l'attirer hors de la plaie et l'on réséqua environ 25 centimètres de l'S iliaque. Entérorraphie circulaire à trois plans. Fermeture de l'abdomen.

16. Suites simples. Va bien.
23. La malade se lève.
27. *Exeat.*

Examen histologique (par le Dr Quensel, de Stockholm). — Au niveau de la tumeur, qui obstrue la lumière de l'intérieur de l'intestin, on trouve tous les signes d'un *adenoma destruens*, dont les culs-de-sac sont disséminés partout, même dans les couches musculeuses et externes. Dans la partie supérieure du fragment réséqué, on remarque un épaississement de la paroi, dû seulement, comme le montre

[1] R. de Boris ; *Revue de Chirurgie*, pag. 778, 1900.

le microscope, à l'hypertrophie de la musculeuse et non à du néoplasme.

A la date du 13 juin 1900, la malade est bien portante et sans trace de récidive. (*Communication écrite*).

Observation VI.

Cancer de l'S iliaque. Résection. Guérison.
(Borelius, de Lund)[1]

A.-E. Olsen, 44 ans. Bien que le malade, en général, soit bien portant, il est de tempérament névropathique et hypocondriaque. Les premiers signes d'une affection du tube digestif se montrèrent, il y a quatre ans, sous forme d'un catarrhe léger du gros intestin. Les selles étaient formées de scybales dures, expulsées avec une mince couche de mucosités de coloration rougeâtre et mélangées à des glaires, parfois striées de sang. A cette époque, l'exploration digitale du rectum fut négative.

De 1894 à 1895, le catarrhe persista, mais de 1896 à 1897, il fut si léger que le malade n'éprouva pas le besoin de consulter un médecin. Au printemps 1898, son état s'aggrava ; selles fréquentes, 6-7 par jour, coliques ; fèces souvent verdâtres, de consistance normale, mélangées de glaires, mais ne contenant que rarement du sang, ou seulement des traces. En été 1898, son médecin constata une induration dans la fosse iliaque gauche. Ces derniers mois, les selles perdent de leur fréquence, mais deviennent peu à peu rubanées. Les mucosités et le sang ne sont jamais venus autrement qu'avec les fèces. Aucune difficulté à tenir sèche la région anale. Le malade a peu maigri durant la dernière année (3 k.) mais beaucoup pendant ces dernières semaines. L'état général s'est aggravé.

[1] *Revue de chirurgie* (1900, pag. 778, R. de Boris).

Ces deux dernières semaines, les selles sont devenues plus fréquentes qu'avant. Entré à l'hôpital le 15 décembre 1898.

État actuel (17 décembre 1898). — Dans la fosse iliaque gauche, on sent, peu profondément, une masse résistante, bosselée, à peu près parallèle au ligament de Poupart, et à 5 ou 6 cent. au-dessus de lui. En haut et en dehors, elle diminue peu à peu, sans limites nettes. Du côté du petit bassin, elle devient plus dure. Au palper bi-manuel, par le rectum, on trouve très haut une voussure de la paroi antérieure de ce conduit, et l'on peut vaguement sentir une tumeur entre la main placée sur le ventre, et le doigt placé dans le rectum. Cette tumeur, qu'on peut estimer du volume d'un citron, paraît être le prolongement direct de l'induration existant dans la fosse iliaque; elle semble parfaitement mobile. Par contre, l'induration iliaque paraît un peu adhérente à la paroi postérieure du bassin ; elle est sensible au toucher, ferme, sans être dure.

Laparotomie; *colectomie* (18 décembre 1898). — Incision le long du bord externe du droit antérieur. Sur la courbe inférieure, presqu'à l'origine de l'S iliaque, on sent une tumeur. Elle était adhérente en dehors, aux parois du bassin, sur une étendue grande comme une pièce de 5 öres (7 centimes). Après qu'on eut libéré cette adhérence, la tumeur fut attirée en dehors avec quelque peine, et un segment long d'environ 20 cent. fut réséqué. Entérorraphie circulaire. Aucune glande mésentérique ne parut tuméfiée. Sutures abdominales. Pansement.

22. Selle régulière ayant la consistance d'une bouillie.

25. Va bien.

28. Fluctuation à la partie supérieure de la cicatrice. Incision ; issue de pus mélangé à des matières fécales.

4 janvier 1899. Le malade peut se lever.

A la fin du mois, il reste une petite fistule stercorale. Les selles se font normalement par l'anus. *Exeat*.

Revu au printemps 1899 ; va bien.

Par une communication écrite, en date du 8 juin 1900, M. le professeur Borelius nous annonce que son opéré est bien portant, sans trace de récidive, qu'il a augmenté de 15 kil., et est en train de se faire assurer sur la vie » !

Observation VII.

Cancer de l'angle hépatique. — Résection du cæcum du còlon ascendant et d'une partie du transverse.— Guérison.
(J. Borelius, de Lund[1])

Karna Martenron, 54 ans, bien portante jusqu'ici. En août 1898, l'affection débute par des douleurs du côté de l'estomac, des vomissements et de la constipation. Depuis lors, douleurs dans le côté droit. Durant ce temps, elle recourt aux laxatifs. A l'hôpital de Hôrborg, on lui fit, en février 1899, une *néphropexie* droite. Elle n'y gagna cependant aucune amélioration, plutôt le contraire. Dans la suite, les garde-robes se firent de plus en plus rares. Troubles profonds du côté du ventre : tantôt il s'y forme des tumeurs dures, tantôt il se rétracte à l'extrême. La malade a considérablement maigri pendant ce temps. Le 3 juin 1899, on explore le ventre sous chloroforme ; on reconnaît la présence d'une tumeur dure mobile, grosse comme une pomme, vraisemblablement intestinale, au niveau de l'extrémité inférieure du rein droit.

Laparotomie, *colectomie*. — Le 5 juin 1899. Incision oblique vers la région lombaire. Le péritoine est ouvert, et la tumeur, qui occupe l'angle hépatique, est attirée peu à peu dans la plaie, après ligature. En arrière de la tumeur sont

[1] R. de Bovis ; *Revue de chirurgie*, . 779, décembre 1900.

des ganglions, qui sont enlevés soigneusement. Dans ce but le còlon est, en dedans, peu à peu détaché du duodénum, à une certaine distance et le long du còlon transverse. A ce dernier niveau, l'intestin est lié, puis sectionné. Le segment distal de l'intestin est fermé par une suture d'invagination. Le cæcum est ensuite libéré, ainsi que l'appendice, long d'environ 15 centimètres. L'iléon est sectionné à quelques centimètres au-dessus du cæcum. Le bout proximal est implanté latéralement dans le côlon transverse par le moyen d'une suture à la soie à trois plans.

13. Suites simples.

22. La malade se lève.

30. *Exeat*.

L'angle splénique offre une tumeur annulaire, qui n'admet pas le petit doigt. L'iléon, réséqué, montre une hypertrophie frappante de la musculeuse.

Description de la tumeur. — La pièce réséquée est formée par le cæcum, le còlon ascendant et le début du còlon transverse. Au niveau de l'angle hépatique, on trouve une tumeur cancéreuse, grosse comme une pomme, embrassant la paroi de l'intestin sur toute sa circonférence et qui en a rétréci le calibre, à ce point qu'elle n'admet qu'avec difficulté l'extrémité du petit doigt. La face interne de la tumeur, du còté de la lumière intestinale, est partout en voie de désagrégation ulcéreuse. En amont de la tumeur (cæcum et còlon ascendant), l'intestin est considérablement dilaté et sa paroi fortement hypertrophiée ; hypertrophie ne frappant d'ailleurs que la musculeuse. Dans le méso còlon, nombreuses glandes tuméfiées d'aspect encéphaloïde.

A la date du 8 juin 1900, la malade n'offrait pas trace de récidive, avait engraissé et augmenté de poids. (*Communication écrite*).

Observation VIII.

Entérostomie antérieure pour obstruction ; résection de l'S iliaque cancéreuse. — Guérison (Dr B. Carlson de Gœteberg)[1].

Le 11 août 1899, j'ai eu l'occasion de pratiquer une résection de l'S iliaque pour cancer. La malade a guéri sans la moindre complication.

Quatre mois auparavant, un chirurgien avait établi, pour cause d'iléus, un anus artificiel chez une femme de cinquante-deux ans. Ce dernier s'était fermé, et une nouvelle crise d'occlusion vint à se produire ; j'arrivai cependant à vider tant bien que mal son intestin et je sentis une tumeur au niveau de l'S iliaque.

Après laparotomie, je réséquai la plus grande partie de la flexure, qu'occupait une tumeur annulaire ne laissant passer qu'une sonde N° 10 ; je suturai la muqueuse au catgut, parce qu'à mon avis il n'est pas bon d'avoir une suture à la soie, drainant le contenu intestinal à travers les parois ; j'ajoutai en outre deux rangs de suture en surjet à la soie. Naturellement j'accorde une grande importance à l'évacuation aussi complète que possible de l'intestin, avant et après l'opération, et je donne chaque jour des laxatifs, surtout quand la résection doit porter aussi bas. Ma malade prit donc, le jour même de l'opération et les jours suivants, une cuiller à bouche d'huile de ricin. Une suture intestinale bien faite, à mon avis, ne peut pas se laisser traverser par un contenu liquide ; mais, si bien faite qu'elle soit, elle pourra toujours céder sous l'influence d'un bol fécal trop dur.

En février 1900, la malade allait tout à fait bien et ne se plaignait en rien de son ventre.

[1] *Revue de Chirurgie*, page, 780, 1900. (R. de Bovis).

Observation IX.

Ablation d'un cancer de l'S iliaque. — Guérison. (B. Carlson de Gœteborg) [1]

G. S.., 36 ans, ablation d'un carcimome de l'S iliaque. Tumeur du volume du poing. Suture bout à bout. Opération le 5 août 1896. Guérison parfaite et bonne santé jusqu'à la fin de l'année ; à ce moment se montrent des signes de tumeurs secondaires du côté du foie. Mort le 1er Février 1897.

Observation X.

Cancer du cæcum
(Vautrin. *Congrès français de chirurgie*, 1897).

Jules L..., 49 ans, mouleur à Nancy, entre à l'hôpital pour des troubles digestifs qui s'accentuent depuis quelque temps. Le malade se plaint de diarrhées sanguinolentes qui alternent avec une constipation opiniâtre. Il a maigri depuis quelques mois.

On constate, au niveau de la région cæcale, une tumeur allongée, de forme cylindrique, s'étendant de la fosse iliaque jusque vers l'espace sous-hépatique. Cette tumeur, dure et résistante, est légèrement mobile dans le sens transversal ; elle n'est que fort peu douloureuse à la pression.

Son mode de développement, ses caractères, me font supposer qu'il s'agit d'une tumeur du cæcum. Je me propose de l'extirper, l'état général du malade ne me paraissant pas trop compromis.

Les préparatifs de l'opération étant minutieusement exé-

[1] *Revue de Chirurgie*, page 783, 1900 (R. de Bovis).

cutés, j'interviens le 2 octobre 1894. Incision de la paroi abdominale, suivant la saillie de la tumeur, c'est-à-dire suivant la direction d'une ligne courbe partant de la verticale axillaire, un peu au-dessus du rebord costal, et aboutissant vers le milieu de l'arcade de Fallope. Le péritoine incisé, je trouve une tumeur développée sur le cæcum et le côlon ascendant, sans adhérences avec la paroi, ni avec les anses intestinales voisines. Seules, quelques adhérences épiploïques sont facilement coupées sur des ligatures. La tumeur se mobilise sensiblement de droite à gauche sur le plan sous-péritonéal, mais elle intéresse une étendue assez considérable d'intestin.

Après m'être assuré que la terminaison de l'iléon, très mobile sur le mésentère, pourra être amenée facilement au contact de l'extrémité supérieure du côlon ascendant, je me décide à faire l'extirpation. Deux pinces sont placées sur la terminaison de l'iléon, au-dessus de la tumeur, deux autres serrent le gros intestin, au-dessous des dernières saillies du néoplasme. Puis, la cavité abdominale étant bien protégée par des compresses, l'iléon est sectionné au thermocautère entre les deux pinces, et les deux tranches sont soigneusement épongées et lavées avec une solution de sublimé. Le bistouri me sert alors à séparer l'intestin malade de ses feuillets mésocoliques et du tissu cellulo-vasculaire qui leur est interposé et au milieu duquel existent de nombreux ganglions dégénérés. La séparation est faite jusqu'au niveau de la première pince supérieure. A ce moment, je tranche le gros intestin entre les deux étreintes, et la résection est terminée. Chemin faisant, des pinces avaient été appliquées sur les vaisseaux; je les remplace aussitôt par des ligatures à la soie et je recherche les ganglions qui auraient pu rester cachés dans l'espace méso-cæcal.

L'iléon, coupé au ras du mésentère, et le côlon, sectionné

également au niveau exact des replis méso-côliques, sont alors rapprochés par un rang de suture séro-séreuse à la façon de Lembert, appliquée sur la demi-circonférence correspondant aux attaches péritonéales, puis par un plan de sutures séro-muqueuses circulairement disposées. Comme l'iléon était d'un calibre beaucoup plus réduit que le côlon, j'avais eu soin de faire une incision de 4 centimètres sur le bout de l'intestin grêle, parallèlement à son axe, comme l'indique Chaput. Je pus ainsi affronter facilement les tranches séro-muqueuses des deux lumières intestinales. Le rang de sutures séro-séreuses fut alors achevé ; quelques nouveaux points de Lembert furent placés comme troisième rang. J'avais, par mesure de précaution, adossé les sutures intestinales au péritoine pariétal en un point, laissant sur l'intestin une ouverture réduite admettant un petit tube à drainage. Le tube devait traverser la paroi abdominale et prévenir la distension par les gaz et les matières. L'opération est terminée par quelques points de sutures réunissant les feuillets mésentériques et méso-côliques. La suture de la paroi, compliquée un peu par la constitution de la fistule intestinale, est, néanmoins, assez rapidement menée. L'opération avait duré à peu près deux heures.

Les suites furent excellentes. Le malade rendait des gaz le troisième jour, et avait une selle spontanée, le quatrième jour. Il n'y eut aucune fièvre. Mais la fistule intestinale fut lente à se fermer, contre mon attente. Elle tint le malade au lit deux longs mois, après lesquels elle s'oblitéra spontanément. Le malade, définitivement guéri, quitta l'hôpital dans les premiers jours de décembre.

La tumeur, qui fut examinée au laboratoire d'anatomie pathologique, était un épithélioma cylindrique intéressant l'intestin sur une longueur de 16 centimètres. La partie réséquée mesurait 22 centimètres.

L'opéré put reprendre son travail de mouleur. En juin 1897, j'ai constaté dans le flanc droit une légère récidive qui a pris depuis de grandes proportions, Le malade est donc resté bien guéri pendant 2 ans et 8 mois.

Observation XI.

Cancer de l'angle gauche du côlon. Résection du côlon. Guérison. Entérorrhaphie circulaire.

(U. Guinard. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1897, p. 928-930).

Mme C. .., 46 ans, journalière, se présente le 16 mars à l'hôpital Bichat ; elle se plaint d'avoir éprouvé, à plusieurs reprises, depuis six mois, de violentes coliques. Elle apporte, en outre, dans une boîte, des corps étrangers, dont les uns ressemblent à des dents, les autres à des perles, qu'elle a trouvés dans ses selles au cours de sa dernière crise. Enfin, depuis un ou deux mois, elle sent une tumeur dans le flanc gauche.

Il y a six mois, quelques jours avant ses règles, à 4 heures du matin, violentes coliques, dont le point de départ est le flanc gauche, s'accompagnant de sueurs froides. Ces coliques durent trois jours et, à leur suite, apparaît une grande faiblesse qui nécessite un repos de sept à huit jours. Les règles n'apparaissent pas. Pendant trois semaines, la malade éprouve des crises un peu moins violentes que la première. Pendant cinq mois, également, les règles ne se montrent pas.

Au bout de ce temps, en même temps que les règles réapparaissent, une nouvelle crise très violente, après laquelle la malade reste six jours au lit et remarque une tumeur dans le flanc gauche. Depuis cette époque, il persiste à gauche un point douloureux. C'est au cours de nouvelles coliques que, le 23 février, la malade a pu recueillir les corps étrangers

qu'elle nous montre et qui depuis n'ont pu être retrouvés dans les selles. Ces crises se sont toujours produites en dehors de tout symptôme d'obstruction. Jamais de melœna, jamais d'hématémèse, ni d'ictère. Les mictions auraient été plus fréquentes pendant les crises. L'appétit est conservé. La malade a maigri, mais dit avoir surtout pâli.

Rien de remarquable dans ses antécédents. Elle a été réglée à 14 ans, mariée à 18 ans, a eu six enfants. Jamais de fausse couche. Cependant elle aurait eu dans sa première enfance une affection abdominale ayant duré un mois. Depuis 15 ans, elle souffre de l'abdomen ; en 1883, elle a été soignée pour une affection générale de l'abdomen.

A son entrée dans le service, la malade présente un aspect presque cachectique. Il n'y a plus de coliques, mais la douleur augmente dans le flanc gauche. Elle s'exagère par la toux, les mouvements brusques, la palpation, et depuis quelque temps, par le simple baillement. L'action de se baisser est particulièrement douloureuse.

On trouve, dans la région lombaire gauche, une tumeur de forme générale arrondie, prenant le contact lombaire, dure, un peu douloureuse à la pression, ne pouvant être refoulée en haut ni descendre en bas, ne pouvant être mobilisée d'avant en arrière. Sonorité au niveau.

L'examen du sang, pratiqué par M. Vaquez, a montré qu'il s'agissait de l'anémie cachectique habituelle chez les cancéreux. L'analyse chimique a montré que les perles et les corps, ressemblant vaguement à des dents, que la malade a apportés, sont constitués par de la matière cornée. Ce sont des produits d'origine ectodermique.

En présence de ces symptômes, on hésite entre le diagnostic de carcinome de l'angle du côlon et celui de tumeur fœtale de l'hypochondre gauche en communication avec le côlon.

Laparotomie le 1er avril par M. Hartmann ; on découvre un cancer de l'angle gauche du côlon.

Résection large de la portion côlique dégénérée. Entérorrhaphie circulaire. Après avoir, pendant quelques jours, présenté une fistule stercorale, la malade guérit rapidement.

Examen microscopique : tumeur épithéliale.

Observation XII.

Carcinome cæcal. — Résection. — Guérison
(de M. le professeur W. af Schulten[1])

Adam R..., 47 ans, aubergiste, entre à la Clinique chirurgicale d'Helsingfors. le 26 mars 1890. Depuis son enfance, le malade éprouve quelque gène au-dessous du thorax. En novembre dernier, en toussant, il ressent subitement une douleur au-dessous du rebord costal ; en y portant la main, il trouve une tumeur dans la moitié droite de l'abdomen. Cette tumeur l'incommode, mais elle est peu sensible à la pression. A partir de novembre, l'état général décline. Les sensations provoquées par la tumeur deviennent plus pénibles, les selles sont liquides et fréquentes, mais non douloureuses. Les forces, l'appétit, diminuent. Ni vomissements, ni occlusion intestinale ; jamais de melœna.

Il entre le 18 janvier 1890 à la Clinique médicale ; on note que, chez le malade, amaigri, existe une tumeur, grosse comme le poing, siégeant dans l'hypochondre droit et s'étendant jusqu'au ras du rebord costal ; on peut la déplacer en haut et en dedans, jusqu'au nombril et à la ligne blanche ; on peut même lui faire franchir un peu cette dernière ; en dehors, on lui fait atteindre la verticale axillaire antérieure ; surface inégale, consistance molle ou ferme par places ; fèces

[1] R. de Bovis ; *Revue de chirurgie*. 1900, p. 791.

liquides, non sanguinolentes. On admet le diagnostic de cancer de l'intestin (cæcum ou anses voisines).

Le malade, sur le conseil qui lui avait été donné, se présente donc à la Clinique chirurgicale le 26 mars.

Etat actuel. — Très amaigri et très anémié, il est incapable de quitter son lit. Rien au cœur ni au poumon. Urine et température normales. Ventre non ballonné. Dans l'hypogastre droit, immédiatement au-dessous du rebord costal, on sent une tumeur dure, à limite supérieure indécise et s'étendant en bas à 10 centimètres environ au-dessous du rebord costal vers la fosse iliaque droite. Volume apparent : poing. Mobilité légère ; on peut la refouler un peu vers la ligne blanche, mais elle reprend aussitôt sa place. Une injection gazeuse rectale la soulève un peu avec l'intestin. Plusieurs selles liquides par jour, non sanguinolentes. Anorexie.

Diagnostic.— Carcinome cæcal.

Préparation du malade (lavements, antisepsie intestinale, etc.) du 27 mars au 3 avril, jour de l'*opération.*

Incision de 20 centimètres le long du bord droit des muscles droits. Exsudat sanguinolent abondant dans le ventre ; grosse tumeur embrassant le cæcum et la partie inférieure du còlon ascendant ; l'appendice, non altéré, est appendu à l'extrémité inférieure de la tumeur, et constitue un bon moyen de repère. La tumeur adhère solidement à l'épiploon et aux anses intestinales avoisinantes. On les dissèque et on les décolle ; double ligature en caoutchouc sur l'iléon et sur le còlon ascendant ; section et désinfection des lumières intestinales. Résection d'un segment mésentérique cunéiforme, contenant des ganglions dégénérés ; ligatures au catgut. On libère ensuite la tumeur par sa face postérieure, ce qui oblige à emporter une petite étendue du péritoine pariétal. Suture

du mésentère ; pour rapprocher les bouts intestinaux, il faut libérer un peu l'anse còlique. Trois plans de suture : muqueux, musculo-séreux, séro-séreux. Il fallut faire, au préalable, un pli au gros intestin, à cause de la supériorité de son diamètre. Fermeture de l'abdomen (3 plans). Pas de drainage. Durée de l'opération : 2 heures.

Description de la pièce. — Grosse comme les deux poings, à surface noueuse mais lisse. Une fois ouverte, elle se montre formée de nodosités en choufleur, végétant à la surface de la muqueuse cæcale. La valvule est intacte, de même que l'appendice ; consistance ferme. Les glandes mésentériques atteignent jusqu'aux dimensions d'une amande. La pièce représente 10 centimètres de l'iléon et 8 du côlon. A l'examen microscopique (Dr E. Fagerlund), on trouve de l'adénocarcinome.

Traitement post-opératoire à l'opium ; premiers gaz, le 6 avril. Le 8, il y a un peu de tension du ventre ; même état et vomissements, après alimentation, le 10.

11. La tension abdominale et les vomissements persistent. Le pansement est défait : la plaie semble vouloir se réunir, mais tout autour il y a de l'œdème inflammatoire. Les sutures les plus inférieures sont enlevées ; issue d'une petite quantité de pus fétide, mêlé de gaz. Première selle (elle est liquide et fétide).

16. La plaie abdominale suppure peu ; on n'y trouve ni gaz, ni fèces. On essaie la suture secondaire le 19.

1er mai. La plaie abdominale bourgeonne. Il en sort aujourd'hui quelques mucosités d'odeur fécaloïde.

Exeat le 23 mai, avec une toute petite plaie en voie de bourgeonnement.

16 septembre. Le malade va bien ; il augmente de poids. La fistule s'est fermée deux semaines après sa sortie. Dans

le ventre, un peu ballonné, on sent quelques indurations (mésentère ou épiploon ?). Il y a un peu de diarrhée, pour laquelle le malade est soigné quelque temps à l'hôpital des Diaconesses ; il en sort amélioré au bout d'une quinzaine de jours. Les indurations dans l'abdomen n'ont pas changé.

CONCLUSIONS

Les conclusions à tirer des faits dus à MM. les professeurs Gilis et Imbert, mis en parallèle avec ceux qui ont été observés par les différents auteurs mentionnés dans notre travail, peuvent être les suivantes :

Il faut distinguer les malades opérés par occlusion intestinale et ceux chez lesquels on intervient en dehors de tout arrêt dans la matière, pour un cancer se manifestant d'ordinaire par une tumeur.

Lorsqu'on opère par occlusion intestinale, la recherche de l'agent de l'étranglement est souvent longue et difficile ; de ce fait, l'opération est déjà plus grave, et sa gravité est encore augmentée par l'état général, souvent mauvais, du malade. Dans ces conditions il y aura lieu de s'en tenir à un anus contre nature ; c'est seulement dans les cas de tumeurs bien limitées et bien mobiles, c'est-à-dire dans des conditions exceptionnellement favorables, qu'il sera permis de faire la résection intestinale et de te miner par la suture circulaire ; c'est la conduite qui a été suivie avec plein succès dans les cas de nos maîtres, MM. les professeurs Gilis et Imbert.

Lorsque, au contraire, on intervient contre une tumeur qui n'est pas accompagnée des signes d'occlusion, l'opération est plus facile, plus courte ; il est donc permis d'être plus hardi, mais nous pensons que, même dans ces cas, il convient d'être entièrement prudent. Nos observations, ainsi que les statistiques récentes, nous paraissent démontrer

en effet : 1° que la résection intestinale est une opération relativement bénigne à la condition de pouvoir enlever franchement l'intestin hors du ventre ; 2° que sa gravité est beaucoup plus grande lorsqu'on est obligé de disséquer laborieusement un intestin adhérent à la fosse iliaque ou à la paroi abdominale postérieure. Dans ce dernier cas, les opérations palliatives nous paraissent tout à fait indiquées ; l'anus contre nature est la plus simple ; mais l'entéro-anastomose, l'exclusion intestinale, prendront probablement sous peu une place importante ; mais dans le cas d'occlusion aiguë, la cure radicale, si elle est indiquée, sera précédée d'un anus contre nature.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 11 Avril 1901
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 11 Avril 1901.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANGER (Th.). — Société de chirurgie, 1894.
ARTUS. — Contribution à l'étude clinique du cancer du cæcum. Th. Paris, 1894.
ADAM. — Tribune médicale, juin 1895.
APERT. — Bull. Soc. anat. Paris, mars 1897, pag. 241.
BAUM. — Résection du côlon ascendant pour carcinome. Centralblatt für Chirurg., 1879, tom. VI, n° 11, pag. 169, *in* Th. Lardennois.
BACQUE. — Cancer de l'intestin au-dessous de 30 ans. Th. Paris, 1893.
BARTON. — Philadelphie report, 1888, pag. 597.
BASSINI. — Congrès des sciences de Padoue, 1887.
BAILLET. — La résection du segment iléo-cæcal de l'intestin. Th. Paris, 1894.
BELIN. — Journal de Médecine, Paris 1897.
BILROTH. — Arch. für Klinische Chirurgie, 1892.
BLOCH. — Traitement extra-abdominal du cancer intestinal. Nord. Med. Arkiv, 1892, n°s 1 et 8.
BOEKEL. — Soc. chirurg., 1896.
BOUILLY et ASSAKY. — Résection circulaire et suture de l'intestin. Revue de chirurgie, 1883, pag, 363.
BRAMANN (de Halle). — Société de chirurgie, 1899, pag. 583.
BOVIS (R. de). — Le cancer du gros intestin (rectum excepté). Rev. de chir., juin, juillet, août, octobre, novembre et décembre 1900.
CAMUS. — Du traitement radical du cancer du gros intestin par la colectomie et l'entérorraphie. Th. Paris, 1887.
CAREL. — Contribution à l'étude de la résection iléo-cæcal. Th. Paris, 1897.
CHAPUT. — Thérap. chir. des affections de l'intestin, du rectum et du péritoine, 1896.
CHAVANNAZ. — Sur la cure radicale du cancer du gros intestin, rectum excepté. Th. Bordeaux, 1894.
CRESPIN. — De l'évolution lente du cancer de l'intestin et de son traitement. — Th. Paris, 1895.
CZERNY. — Résect. de l'S iliaque et du côlon transverse pour carcinome glandulaire. Berlin Klin. Wochen., 1880, n° 45, pag. 637

DEMONS. — Soc. chir., 1894, pag. 649.
DELAUNAY (Paris). — Revue de chirurgie, 1899, pag. 583.
DEMOULIN. — Soc. anat., 1898.
DEROCQUE. — De l'entérectomie avec rétablissement immédiat de la continuité de l'intestin. Th. Paris, 1897.
DOYEN. — Chirurgie de l'estomac et de l'intestin, 1895, pag. 404.
— Archives provinciales de chirurgie, juillet 1892.
DUCASTEL. — Archives générales de médecine, 1882.
DUPAU. — De l'intervention chir. dans le cancer du tube digestif, sauf le rectum. Th. d'agr., Paris, 1883.
EISELSBERG (Von). — Congrès de Moscou, 1897.
FINGER. — Journ. of. am. Assoc. 1888, 27 oct., pag. 106.
FONTOYNONT. — Epithél. du gros intestin. Bull. Soc. anat, 1897.
FORGUE et RECLUS. — Traité de thérap. chir., tom. II.
FRANCK. — Sem. méd., Paris, 1898, pag. 207.
GALLET. — XIe Congrès chir. fr., 27 oct. 1897.
GUINARD. — Bull. Soc. anat. de Paris, 1897, pag. 928
GODET. — De l'intervention chirur. de quelques carcinomes. Th. Paris, 1886.
GUILLEMAIN. — Anast. viscér. sans sutures. Gaz. heb., Paris, 13 avril 1895.
GUINARD. — Cancer de l'angle splénique. B. Soc. anat., Paris, 17 décembre 1897.
HAUSSMANN. — Du cancer de l'intestin. Th. Paris, 1882.
HOCHENEGG — Semaine méd., 9 sept. 1891.
HERVÉ.—Cancer du gros intestin. Jour. méd. Bordeaux, 11 juil. 1897.
JABOULAY. — Lyon méd., 11 nov. 1894, pag. 351.
JEANNEL. — Chirurgie de l'intestin. Paris, 1898.
— Arch. prov. de chir., 1898, pag. 263, 397 et 519.
JUILLARD. — Rev. méd. de la Suisse romande, 1897, pag. 388.
JONES S. — A case of the resection of the larg. intestin (The Lancet, London 1886, pag. 60).
KELSEY. — L'abus de la côlotomie. Med. Rec., 9 juillet 1898.
KNAGGS. — Ablation du cæcum, côlon ascendant et transverse pour cancer. The Lancet, 16 avril 1898.
KOCHER. — Corresp. blatt. für Schw. Aerzte, 1er avril 1890.
KUMMER. — E. Rev. Med. de la Suisse Rom. Genève 1898, XVIII.
LAFFORGUE. — Thèse, Lyon 1893.
LANDEL. — Thèse de Paris 1897.
LARDENNOIS. — Thèse de Paris 1897.
LAVISE. — Congrès de chirurgie belge, juin 1898.
LAUBIE. — Epithélioma de l'intestin, Journ. Méd. Bordeaux, 23 juin 1898.
LEJARS. — De l'intervention chirurg. dans les tumeurs du cæcum

compliquées d'invagination iléo-côlique. Revue de Gyn. et chirurgie abdominale, 10 décembre 1897.
Le Dentu. — Bull. de Soc. de chir. 1891.
Mauclaire. — Considérations sur la forme et les moyens de fixité du côlon transverse, déductions opératoires (Bull. soc. anat., Paris 1896. 600-613).
Micheleau. — Journ. méd., Bordeaux, 15 décembre 1895.
Mossé et Daumic. — Cancer de l'appendice. Bull. Soc. anat. 1897. pag. 814.
Monod. — Soc. de chirurgie, 1899, pag. 659.
Morestin (H). — Bul. Soc. d'Anatomie de Paris 1900, pag. 126.
Obalinski. — Congrès de chirurgie Polonais, Cracovie, 1896.
Palleroni. — Cancer du cæcum. Gaz. hebdom. 1897, pag. 1556.
Pean.—Diagnostic et trait.des tum.de l'abd. et du bassin, Paris, 1880.
— Cancer du cæcum. *in* thèse Braillet, 1894.
Petroff. — Cancer du gros intestin. Sophia, 1897.
— Congrès de Moscou, 19 août 1897.
Peyrot. — Thèse d'agrégation, 1880, Paris
Pollnow. — Congrès Méd. Berlin, juillet 1897.
Pellier. — Thèse de Paris, 1899.
Quenu. — Rapport Société chirurg., 1896.
Rafin. — Lyon médical, 1897.
Reverdin. — Archives prat. de chirurg., janvier 1893.
Reybard. — Résection de l'S iliaque pour cancer de l'intestin. — Observation publiée dans le rapport de Blandin Bérard et Jobert de Lamballe. Bull. de l'Acad. de Méd., tom. IX, 1893.
Richelot. — Société de Chirurgie, 1898.
Richardson. — Boston med. Surg., Journ. 9 janvier 1896.
W. Rose. — Entérectomie pour carcinome du côlon transverse, selon la méthode de Maunsell. Prâtitioner, août 1895.
Routier.— Oblit. d'un bouton et occlusion, Bul. Soc. chir. 1896.
Roux (de Lausanne). — Presse médicale, 1900, pag. 126.
Sargnon. — Lyon Médical, 4 août 1895.
Tchouprov. — Chirurgitcheskaia, Leitopis, 1893.
Terrier et Baudoin. — De la suture intestinale.
Tuffier. — Rev. de chirurgie abdom. et de Gyn. 1898, n° 3.
Vallas. — Lyon médical 1900, pag. 55, pag. 275.
Vautrin. — Congrès français de chir. 1897, pag. 432.
Verneuil. — Ann. de la Soc. Belge de chir. Bruxelles, 1896.
Vienne.— Contrib. à l'étude des tumeurs de la portion iléo-cæcale de l'intestin. Thèse de Lille, 1894.
Villart. — Journ. Médecine de Bordeaux, 1893, pag. 12.
Vitrac et Laubie. — Journal de Médecine de Bordeaux, 24 octobre 1897 et 2 juin 1898.
Poirier. — Société de chir., 15 janvier 1901.

Demons. — Soc. chir., 1894, pag. 649.
Delaunay (Paris). — Revue de chirurgie, 1899, pag. 583.
Demoulin. — Soc. anat., 1898.
Derocque. — De l'entérectomie avec rétablissement immédiat de la continuité de l'intestin. Th. Paris, 1897.
Doyen. — Chirurgie de l'estomac et de l'intestin, 1895, pag. 404.
— Archives provinciales de chirurgie, juillet 1892.
Ducastel. — Archives générales de médecine, 1882.
Dupau. — De l'intervention chir. dans le cancer du tube digestif, sauf le rectum. Th. d'agr., Paris, 1883.
Eiselsberg (Von). — Congrès de Moscou, 1897.
Finger. — Journ. of. am. Assoc. 1888, 27 oct., pag. 106.
Fontoynont. — Epithél. du gros intestin. Bull. Soc. anat, 1897.
Forgue et Reclus. — Traité de thérap. chir., tom. II.
Franck. — Sem. méd., Paris, 1898, pag. 207.
Gallet. — XIe Congrès chir. fr., 27 oct. 1897.
Guinard. — Bull. Soc. anat. de Paris, 1897, pag. 928
Godet. — De l'intervention chirur. de quelques carcinomes. Th. Paris, 1886.
Guillemain. — Anast. viscér. sans sutures. Gaz. heb., Paris, 13 avril 1895.
Guinard. — Cancer de l'angle splénique. B. Soc. anat., Paris, 17 décembre 1897.
Haussmann. — Du cancer de l'intestin. Th. Paris, 1882.
Hochenegg — Semaine méd., 9 sept. 1891.
Hervé.—Cancer du gros intestin. Jour. méd. Bordeaux, 11 juil. 1897.
Jaboulay. — Lyon méd., 11 nov. 1894, pag. 351.
Jeannel. — Chirurgie de l'intestin. Paris, 1898.
— Arch. prov. de chir., 1898, pag. 263, 397 et 519.
Juillard. — Rev. méd. de la Suisse romande, 1897, pag. 388.
Jones S. — A case of the resection of the larg. intestin (The Lancet, London 1886, pag. 60).
Kelsey. — L'abus de la côlotomie, Med. Rec., 9 juillet 1898.
Knaggs. — Ablation du cæcum, côlon ascendant et transverse pour cancer. The Lancet, 16 avril 1898.
Kocher. — Corresp. blatt. für Schw. Aerzte, 1er avril 1890.
Kummer. — E. Rev. Med. de la Suisse Rom. Genève 1898, XVIII.
Lafforgue. — Thèse, Lyon 1893.
Landel. — Thèse de Paris 1897.
Lardennois. — Thèse de Paris 1897.
Lavise. — Congrès de chirurgie belge, juin 1898.
Laubie. — Epithélioma de l'intestin, Journ. Méd. Bordeaux, 23 juin 1898.
Lejars. — De l'intervention chirurg. dans les tumeurs du cæcum

compliquées d'invagination iléo-côlique. Revue de Gyn. et chirurgie abdominale, 10 décembre 1897.
LE DENTU. — Bull. de Soc. de chir. 1891.
MAUCLAIRE, — Considérations sur la forme et les moyens de fixité du côlon transverse, déductions opératoires (Bull. soc. anat., Paris 1896. 600-613 .
MICHELEAU. — Journ. méd., Bordeaux, 15 décembre 1895.
MOSSÉ ET DAUMIC. — Cancer de l'appendice. Bull. Soc. anat. 1897. pag. 814.
MONOD. — Soc. de chirurgie, 1899, pag. 659.
MORESTIN (H). — Bul. Soc. d'Anatomie de Paris 1900, pag. 126.
OBALINSKI. — Congrès de chirurgie Polonais, Cracovie, 1896.
PALLERONI — Cancer du cæcum. Gaz. hebdom. 1897, pag. 1556.
PEAN.—Diagnostic et trait.des tum.de l'abd. et du bassin, Paris, 1880.
— Cancer du cæcum. *in* thèse Braillet, 1894.
PETROFF. — Cancer du gros intestin. Sophia, 1897.
— Congrès de Moscou, 19 août 1897.
PEYROT. — Thèse d'agrégation, 1880, Paris
POLLNOW. — Congrès Méd. Berlin, juillet 1897.
PELLIER. — Thèse de Paris, 1899.
QUENU. — Rapport Société chirurg., 1896.
RAFIN. — Lyon médical, 1897.
REVERDIN. — Archives prat. de chirurg., janvier 1893.
REYBARD. -- Résection de l'S iliaque pour cancer de l'intestin. — Observation publiée dans le rapport de Blandin Bérard et Jobert de Lamballe. Bull. de l'Acad. de Méd., tom. IX, 1893.
RICHELOT. — Société de Chirurgie, 1898.
RICHARDSON. — Boston med. Surg., Journ. 9 janvier 1896.
W. ROSE. — Entérectomie pour carcinome du côlon transverse, selon la méthode de Maunsell. Prâtitioner, août 1895.
ROUTIER.— Oblit. d'un bouton et occlusion, Bul. Soc. chir. 1896.
ROUX (de Lausanne). — Presse médicale, 1900, pag. 126.
SARGNON. — Lyon Médical, 4 août 1895.
TCHOUPROV. — Chirurgitcheskaia, Leitopis, 1893.
TERRIER et BAUDOIN. — De la suture intestinale.
TUFFIER. — Rev. de chirurgie abdom. et de Gyn. 1898, n° 3.
VALLAS. — Lyon médical 1900, pag. 55, pag. 275.
VAUTRIN. — Congrès français de chir. 1897, pag. 432.
VERNEUIL. — Ann. de la Soc. Belge de chir. Bruxelles, 1896.
VIENNE.— Contrib. à l'étude des tumeurs de la portion iléo-cæcale de l'intestin. Thèse de Lille, 1894.
VILLART. — Journ. Médecine de Bordeaux, 1893, pag. 12.
VITRAC et LAUBIE. — Journal de Médecine de Bordeaux, 24 octobre 1897 et 2 juin 1898.
POIRIER. — Société de chir., 15 janvier 1901.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.